

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Vous devez compléter et signer ce formulaire et le renvoyer à votre mutualité

avant votre reprise d'activité

Lisez d'abord les remarques importantes sur la dernière page!

RUBRIQUE 1 : DECLARATION D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL PENDANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL, AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE

Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exercez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité

Données personnelles

Nom: Prénom:

Rue: Numéro: Boîte: Index:

Code Postal: Localité: Pays:

Tél.: Adresse e-mail*:

Numéro de RN:

Au moyen de la demande d'autorisation (reprise ci-dessous), je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité, d'exercer cette activité.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

Date :

Signature:

* J'accepte que la Mutualité chrétienne (MC) puisse utiliser mon adresse e-mail pour me contacter dans le cadre de mon dossier personnel (1). Si j'enregistre ou modifie mon adresse e-mail, je recevrai un e-mail de la MC pour des raisons de sécurité afin de confirmer mon adresse e-mail et éventuellement modifier mes préférences de communication. Ce n'est qu'après cette confirmation que la MC utilisera mes préférences.

(1) Dans le cadre des services de la MC, sont concernés: aperçu des prestations en cas d'incapacité de travail; lettres, formulaires et attestations; factures pour le paiement de la cotisation, de la prime d'assurance et d'autres factures dans le cadre de mon dossier personnel (2); informations sur les services et avantages des assurances obligatoires et complémentaires; communications dans le cadre de mon contrat d'assurance(s) facultative(s) MC Assure (Hospi, Dento). Des informations sur ma santé peuvent être exposées dans le cadre de cette communication, je pense à protéger, si nécessaire, l'accès à ma boîte de courrier électronique.

(2) Ceci ne s'applique pas si j'ai choisi de recevoir mes documents et / ou mes factures MC sur Doccle.

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



RUBRIQUE 2 : DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL AVEC MAINTIEN DE LA RECONNAISSANCE

Je soussigné(é),

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année) - -

une activité professionnelle de

- Il s'agit d'une première demande
 prolongation

Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité (professionnelle) comme

- Ouvrier
- A.chez le même employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - B.chez un autre employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - C.dans une entreprise hors du circuit de travail habituel (entreprise adaptée)
- Employé
- A.chez le même employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - B.chez un autre employeur (autre que l'employeur mentionné sous C)
 - C.dans une entreprise hors du circuit de travail habituel (entreprise adaptée)
- Indépendant
- Gardienne d'enfants (affiliée à un service reconnu et non par le biais d'une convention de travail conclue avec ce service)
- salarié(e)
 - indépendant(e)
- Travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel (via article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969 - exonération des cotisations de sécurité sociale)
L'activité est elle une poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et effectivement exécuté avant le début de votre incapacité de travail ?
- A. Oui
 - B. Non
- Toute autre activité
- activité rémunérée
 - activité non rémunérée (avec/sans frais)**

** Biffez la mention inutile

Quelles tâches exercerez-vous? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible.

.....
.....
.....
.....

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Proposition horaire

- Avant mon incapacité, je travaillais heures par semaine.

Veillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler:

- Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe). Nombre d'heures par semaine:
- Je souhaite travailler selon un horaire fixe (veillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).
Nombre d'heures par semaine:
Comme suite:

| Jour de la semaine | Horaire par jour | Total du nombre d'heures par jour |
|--------------------|--------------------------------------|---|
| LUNDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| MARDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| MERCREDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| JEUDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| VENDREDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| SAMEDI | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| DIMANCHE | DE A ET DE A | <input type="text"/> <input type="text"/> |

Veillez mentionner toute autre information utile en rapport avec votre horaire de travail:

.....
.....

Quelles tâches exercerez-vous? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez, séparément et le plus concrètement possible.

.....
.....

A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR:

Nom de votre organisation:

Téléphone:

Adresse mail:

Adresse de correspondance:

Adresse du lieu de travail:

Numéro d'entreprise:

Le nombre moyen d'heures par semaine pendant lesquelles l'employé doit effectuer le travail (Q):

Le nombre moyen d'heures de travail par semaine du travailleur de référence (pour la même fonction) (S):

Cachet/signature de l'employeur pour accord:

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR

Si vous disposez de ces données:

- Les coordonnées de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone):
- Les coordonnées du conseiller en prévention - médecin du travail

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date :

Signature du demandeur :

Veuillez coller une vignette de votre mutualité

Déclaration de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Remarques importantes

A quoi sert ce formulaire ?

Vous devez remplir ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise à temps partiel de

- l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle
ou
- d'une activité comme indépendant
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée

compatible avec votre état de santé.

A qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et remettez-les ensemble à votre mutualité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ? *

La demande complétée et signée doit être envoyée à votre mutualité au plus tard le dernier jour ouvrable avant votre reprise de travail effective (la date de la poste faisant foi). Vous pouvez également remettre ce formulaire à votre mutualité contre accusé de réception au plus tard le dernier jour ouvrable avant votre reprise de travail.

Si vous ne signalez pas à temps que vous avez repris le travail, vos indemnités d'incapacité de travail peuvent être **réduites de 10 pour cent** (après application de la règle de cumul spéciale si vous bénéficiez d'un revenu professionnel de l'activité adaptée) **ou même refusées**.

Documents à joindre

Vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire si

- votre contrat de travail a été adapté ou modifié
ou
- si vous avez reçu un nouveau contrat de travail.

Si vous ne disposez pas encore de cet avenant ou du nouveau contrat de travail, vous devez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il est en votre possession.

Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec votre mutualité.

* Exception : il est possible, après le début de votre incapacité de travail, de poursuivre une activité dans le secteur sportif et socioculturel (article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969 - exonération des cotisations de sécurité sociale) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, avant d'avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité. Dans ce cas, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois après la déclaration de l'incapacité de travail.

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.