

Demande de reprise du travail pendant l'incapacité de travail

Régime des travailleurs indépendants

Demande d'autorisation de reprise partielle du travail ou **demande de prolongation** d'une autorisation existante de reprise partielle de travail pendant l'incapacité de travail.

Important - Lisez ceci d'abord ! À quoi sert ce formulaire ?

Vous devez remplir l'entièreté de ce formulaire :

1. si vous voulez recommencer à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler Il s'agit de la reprise (partielle)

- de l'activité professionnelle indépendante que vous exerciez avant votre incapacité de travail
- ou d'une autre activité professionnelle indépendante
- ou d'une activité en tant que travailleur salarié
- ou de toute autre activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé général.

2. si vous souhaitez modifier les conditions d'exercices déclarées de votre activité dans votre autorisation existante à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler.

Vous devez remplir uniquement une partie de ce formulaire si vous voulez prolonger, sans aucune modification des conditions d'exercices déclarées de votre activité, votre autorisation existante à travailler pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) incapable de travailler.

À qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire se compose de deux rubriques (une administrative et une médicale). Vous complétez les deux et les remettez simultanément à votre mutualité ou au service régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie et invalidité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Vous devez transmettre ce formulaire au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la reprise du travail.

Exception : si, après le début de votre incapacité de travail, vous poursuivez une activité

- dans le secteur sportif et socioculturel (via le statut spécial dans le cadre de l'exercice d'une activité « article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969 » (exonération des cotisations de sécurité sociale))
- dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande)

en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité 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 % ou même refusées (en application d'une certaine règle de cumul si vous obtenez des revenus professionnels émanant de l'activité adaptée).

Documents à joindre

Vous devez joindre une copie de votre contrat de travail si vous souhaitez reprendre votre activité en tant que travailleur salarié pendant la période d'incapacité de travail.

Si vous ne disposez pas encore du nouveau contrat de travail, vous devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

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

Z101.FR

Rubrique 1: Déclaration de reprise partielle du travail durant 'incapacité de travail

Je soussignée: ,^[1]

Nom : _____

prénom : _____

Numéro d'inscription au registre national (NISS) :^[2] _____

Gsm – ou numéro de téléphone fixe:^[3] _____

E-mail^[3] _____

déclare qu'à partir du l'activité suivante:

_____ sera reprise (ou poursuivie si j'ai déjà reçu l'autorisation du médecin-conseil).

Par le biais de la demande d'autorisation ci-dessous, je demande au médecin-conseil de ma mutualité l'autorisation d'exercer cette activité. **N'oubliez donc pas** de compléter la Rubrique 2 (pages suivantes).

relative à la demande d'une reprise partielle du travail ou de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail pendant l'incapacité de travail.

Je déclare sur l'honneur que toutes les données du présent formulaire sont complètes et exactes.

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

Date : ^[4]

Signature :

[1] ou coller une vignette

[2] voir au dos de votre carte d'identité

[3] facultatif

[4] jour/mois/année en chiffres

Rubrique 2 : Demande d'une reprise partielle du travail ou demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail pendant l'incapacité de travail (régime des travailleurs indépendants).

Je soussignée: ,^[1]

Nom : _____

prénom : _____

Numéro d'inscription au registre national (NISS) :^[2] _____

Gsm – ou numéro de téléphone fixe:^[3] _____

E-mail^[3] _____

Introduit la demande suivante auprès du médecin-conseil de la mutualité :
(cochez et remplissez en fonction du type de demande).

1. Nouvelle demande d'une reprise partielle de travail

☐ je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre, à partir de ^[4]
une activité (professionnelle) de _____

Veillez remplir, pour ce type de demande, l'entièreté des points 1 à 4 à partir de la page 4 et signer la déclaration sur l'honneur à la fin du document.

2. Demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail avec modifications des conditions d'exercices déjà déclarées de l'activité

☐ je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de prolonger à partir de ^[4]
l'autorisation de reprise partielle existante avec modifications des conditions d'exercice d'activité déjà déclarées d'une activité (professionnelle) de _____

Veillez remplir, pour ce type de demande, l'entièreté des points 1 à 4 à partir de la page 4 et signer la déclaration sur l'honneur à la fin du document.

3. Demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail sans modifications des conditions d'exercices déjà déclarées de l'activité

☐ je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de prolonger à partir de ^[4]
une autorisation de reprise partielle existante SANS modifications des conditions d'exercice d'activité déjà déclarées d'une activité (professionnelle) de _____

Dans ce cas, vous ne devez pas remplir les points 1 à 4 à partir de la page 4 mais uniquement signer la déclaration sur l'honneur à la fin de ce formulaire.

[1] ou coller une vignette

[2] voir au dos de votre carte d'identité

[3] facultatif

[4] jour/mois/année en chiffres

1. Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité (professionnelle) :

☐ **comme travailleur indépendant**

- ☐ l'activité indépendante que vous exerciez avant le début de votre incapacité de travail
- ☐ une autre activité indépendante

☐ **comme travailleur salarié**

- ☐ ouvrier
- ☐ employé

☐ **comme travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel**

via le statut spécial dans le cadre de l'exercice d'une activité "article 17 arrêté ONSS du 28 novembre 1969" - exonération des cotisations de sécurité sociale)

- ☐ A) l'activité est la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.
- ☐ B) l'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.

☐ **dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande) :**

- ☐ A) l'activité est la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.
- ☐ B) l'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail.

☐ **Toute autre activité**

- ☐ activité rémunérée
- ☐ activité non rémunérée

2. Quelles tâches exercerez-vous ?

Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible :

3. Indiquez l'horaire selon lequel vous exercerez cette activité :

☐ Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine : _____

☐ Je travaille selon un horaire fixe (veuillez compléter également la grille horaire reprise ci-dessous).

Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1re ligne du tableau repris ci-dessous)

Nombre d'heures par semaine : _____

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Semaine 1	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
Semaine 2	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
Semaine 3	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
Semaine 4	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____

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

4. Complétez les données ci-dessous

Nom de votre employeur ou de l'organisation (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une reprise d'une activité indépendante) :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél: _____

Si vous disposez de ces données,

Les coordonnées de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél: _____

Les coordonnées du conseiller en prévention - médecin du travail (si vous reprenez le travail en tant que travailleur salarié) :

Nom : _____

Adresse : _____

Tél: _____

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date : [1]

Signature :

La ML collecte et traite des données personnelles pour pouvoir exécuter sa mission en tant que mutualité, pour gérer votre dossier et pour vous tenir au courant de nos services et activités. Vous avez le droit, de savoir quelles données de votre dossier nous traitons, de faire corriger ou supprimer vos données, de vous opposer à des décisions automatisées et de mettre fin au traitement de vos données pour le marketing direct. Envoyez votre demande, à l'attention de notre responsable de la protection de la vie privée, à notre adresse postale ou à **privacy@ml.be**

[1] jour/mois/année en chiffres