ML MUTPLUS.be
Place de la Reine 51-52
1030 - Bruxelles

ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU DU CHOMAGE

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité dans les huit jours qui suivent la fin de la période de protection de la maternité, du repos de maternité, du repos de maternité converti ou du congé d'adoption.

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité dans les huit jours qui suivent la fin de l'incapacité de travail, si vous reprenez le travail ou le chômage contrôlé AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail, notifiée par votre mutualité ou l'INAMI

A remplir par le titulaire ou par l'organisme assureur

Concerne:
Nom, prénom: .....
Numéro du registre national: .....
(ou numéro d'identification à la sécurité sociale)

A remplir par l'employeur ou l'organisme de paiement des allocations de chômage

Je soussigné déclare que (1) l'intéressé(e) a cessé le travail - chômage (1) le ..... [par suite de maladie – de protection de la maternité – de repos de maternité converti – de congé d'adoption (1)]
et a repris (1) celui-ci le .....

(1) Biffer la mention inutile

Certifié sincère,

Date:
Signature :
Identification de l'employeur ou de l'organisme de paiement des allocations de chômage :

Numéro d'entreprise

REMARQUES IMPORTANTES

1. Vous devez compléter ce formulaire en cas de reprise du travail ou du chômage. **En cas *d'incapacité de travail*, c'est seulement nécessaire en cas de reprise AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par votre mutualité ou l'INAMI.** Cette déclaration doit permettre à votre organisme assureur de cesser le paiement des indemnités.

2. Vous ne devez pas compléter ce formulaire si vous souhaitez reprendre une activité compatible avec votre état de santé dans le courant de votre incapacité de travail tout en maintenant le bénéfice de vos indemnités. Dans cette situation, vous devez compléter un autre formulaire qui est disponible auprès de votre mutualité.]