

Demande d'autorisation de reprise partielle ou de prolongation d'une autorisation existante (régime indépendants)



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 DE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL DURANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL

Données personnelles

Nom: Prénom:

Rue: Numéro: Boîte: Index:

Code Postal: Localité: Pays:

Tél.: Adresse e-mail*:

Numéro de RN:

Je soussigné(e) déclare qu'à partir du
l'activité suivante **sera reprise (ou poursuivie si j'ai**
déjà 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 fautive, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou une sanction pénale (article 233 du Code pénal).

Date :

Signature :

Demande d'autorisation de reprise partielle ou de prolongation d'une autorisation existante (régime indépendants)



RUBRIQUE 2 : DEMANDE D'UNE REPRISE PARTIELLE DU TRAVAIL OU DEMANDE DE PROLONGATION D'UNE AUTORISATION EXISTANTE DE REPRISE PARTIELLE DE TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL (REGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS)

Je soussigne(é),

introduis la demande suivante auprès du médecin-conseil de la mutualité : *cochez et remplissez en fonction du type de demande*

Nouvelle demande d'une reprise partielle de travail

je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre, à partir du une activité (professionnelle) de

Veillez remplir, pour ce type de demande, l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signer la déclaration sur l'honneur ci-dessous.

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 l'autorisation de reprise partielle existante **AVEC** modifications des conditions d'exercice d'activité déjà déclarées à partir du d'une activité (professionnelle) de

Veillez remplir, pour ce type de demande, l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signer la déclaration sur l'honneur ci-dessous.

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 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 mais uniquement signer la déclaration sur l'honneur à la **fin** de ce formulaire.*

(*) 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.

Demande d'autorisation de reprise partielle ou de prolongation d'une autorisation existante (régime indépendants)



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

- Travailleur indépendant
 - l'activité indépendante que vous exercez avant le début de votre incapacité de travail
 - une autre activité indépendante
- Travailleur salarié
 - ouvrier
 - employé
- Travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel*
 - 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?
 - Oui
 - Non
- Activité 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 **
 - L'activité est-elle une poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et effectivement exécutée avant le début de votre incapacité de travail?
 - Oui
 - Non
- Toute autre activité
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

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

** mesures propres à la Communauté flamande

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

.....

.....

.....

.....

3. Proposition horaire

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 (veuillez également compléter la grille horaire reprise ci-dessous).
Nombre d'heures par semaine:

Comme suit:

Demande d'autorisation de reprise partielle ou de prolongation d'une autorisation existante (régime indépendants)



| Jour de la semaine | Horaire par jour | Total du nombre d'heures par jour |
|--------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| LUNDI | DE A ET DE A | □ □ |
| MARDI | DE A ET DE A | □ □ |
| MERCREDI | DE A ET DE A | □ □ |
| JEUDI | DE A ET DE A | □ □ |
| VENDREDI | DE A ET DE A | □ □ |
| SAMEDI | DE A ET DE A | □ □ |
| DIMANCHE | DE A ET DE A | □ □ |

Veuillez 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.

4. Complétez les données ci-dessous

Nom de votre employeur ou de l'organisation :

Adresse de correspondance et/ou lieu de travail:

Tél:

Numéro d'entreprise: Cachet/signature de l'employeur pour accord:

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

Demande d'autorisation de reprise partielle ou de prolongation d'une autorisation existante (régime indépendants)



Remarques importantes

A 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 à temps partiel :

- * 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.

ou

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.

A qui devez-vous remettre ce formulaire?

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à votre mutualité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire? *

Vous devez transmettre ce formulaire **au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la 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% 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 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 : 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)) ou une activité 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.

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>.