

PARTENAMUT
A l'attention du service indemnités
Bd Louis Mettwie, 74-76
1080 Bruxelles

K00551

ASSURANCE - INDEMNITES DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS

AVIS DE REPRISE DU TRAVAIL

Complétez ce formulaire si vous reprenez le travail

AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par votre mutualité ou par l'INAMI.

*Envoyez-le à votre mutualité dans les 48 heures qui suivent la reprise de travail.
Cette déclaration doit permettre à votre mutualité de cesser le paiement des indemnités.*

La soussignée,

1. Nom - Prénom :
2. Adresse :
3. Numéro d'inscription : 509 /
4. N° de registre national :

Informe le médecin-conseil qu'elle a repris une activité professionnelle

à partir du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date :

--

Signature du titulaire

--

