

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 devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

Vous devez joindre une copie du contrat en matière de travail associatif si vous souhaitez exécuter du travail associatif.

Si vous ne disposez pas encore de ce contrat en matière de travail associatif, 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.

**Rubrique 2 : Demande d'autorisation de reprise du travail à temps partiel,
d'une prolongation ou d'une modification d'un accord existant,
pendant l'incapacité de travail avec maintien de la reconnaissance**

Je soussigné,

Nom et prénom
(ou collez une vignette)

Numéro de registre national (NISS)
(voir à l'arrière de votre carte d'identité)

GSM ou n° de téléphone fixe

E-mail (facultatif)

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre/modifier

à partir du / / (jour/mois/année)

- une activité professionnelle de : _____
Complétez l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signez la déclaration sur l'honneur en fin de document.
- Demande une prolongation sans modification d'une autorisation existante de reprise partielle de travail.
Complétez uniquement la déclaration sur l'honneur à la fin du document
- Demande une prolongation avec modification des conditions autorisées par le médecin-conseil d'une autorisation existante de reprise partielle de travail.
Complétez l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signez la déclaration sur l'honneur en fin de document.

1. Cocher le type d'activité reprise :

- Ouvrier
- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
 - D) Je suis travailleur indépendant et je reprends une activité salariée
- Employé
- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
 - D) Je suis travailleur indépendant et je reprends une activité salariée
- Travailleur indépendant
- A) l'activité indépendante à titre principal que j'exerçais avant le début de mon incapacité de travail
 - B) une autre activité indépendante à titre principal
 - C) Je suis salarié et je reprends une activité d'indépendant à titre complémentaire.
- Gardien(ne) d'enfants
(affilié(e) à un service reconnu et qui n'est pas lié(e) par un contrat de travail à ce service)
- Travailleur occupé dans le secteur sportif et socioculturel¹
- A) L'activité est la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de mon incapacité
 - B) L'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'un contrat qui avait déjà été conclu et avait déjà été effectivement exécuté avant le début de mon incapacité de travail

¹Via 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)

- (uniquement indépendant) 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 mon incapacité
- 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 mon incapacité
- Toute autre activité
- A) activité rémunérée
- B) activité non rémunérée

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

3. Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :

Avant mon incapacité,

- j'exerçais une activité de _____ avec un horaire de _____ heures par semaine.
- je n'avais pas d'activité professionnelle.

Maintenant,

- Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe) > Nombre d'heures par semaine :
- Je travaille selon un horaire fixe > Nombre d'heures par semaine :

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 (1^e ligne du tableau) :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Semaine 1	De A						
	De A						
Semaine 2	De A						
	De A						
Semaine 3	De A						
	De A						

Semaine 4	De A						
	De A						

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 (ne pas compléter s'il s'agit d'une activité indépendante) :

.....
.....

Adresse :

.....
.....

Tél.

.....

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 : / / 20....

Signature :