Feuille de renseignements indemnités - volet titulaire

partenamut
Cultivons votre santé

Renvoyez le document au plus vite - dûment complété et signé :

En papier ? Envoyez-le par la poste.
Partenamut, Service Indemnités, boulevard Louis Mettewie, 74-76 - 1080 Bruxelles

Par voie digitale ? Remplissez-le dans votre MyPartenamut.
Centre de documents > Incapacité de travail > Feuille de renseignements - salarié (partie titulaire)

Davantage d'informations : **www.partenamut.be**

1. DONNEES PERSONNELLES

1.1 Nom et prénom : ----------

1.2 Adresse : ----------

1.3 Pays : ----------

1.4 Numéro national : ----------

1.6 Numéro de téléphone : ----------

1.7 Adresse e-mail : ----------

1.8 Date de début du risque : ----------

1.9 Type de risque : ----------

2. RISQUE : incapacité de travail, repos de maternité, écartement du travail, congé de paternité ou de naissance, congé d'adoption ou congé parental d'accueil

2.1 Depuis quand le risque a commencé ? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐ (JJ/MM/AAAA)

2.2 De quel risque s'agit-il ?

- ☐ une maladie professionnelle
- ☐ un accident du travail
- ☐ un repos de maternité
- ☐ un congé d'adoption
- ☐ un congé parental d'accueil
- ☐ une autre maladie
- ☐ un autre accident
- ☐ un congé de paternité ou de naissance
- ☐ un écartement partiel ou total du travail pendant une période de grossesse ou d'allaitement

2.3 Étiez-vous, lors du début du risque, en séjour à l'étranger ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, dans quel pays avez-vous séjourné ?

Date de début : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

Date de fin : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

2.4 Le risque est-il encore présent en ce moment ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, je déclare avoir repris le travail / le chômage

le : ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐

A509I00061000000000000000000000000A

3. SITUATION PREALABLE AU RISQUE

3.1 Êtes-vous encore lié par un contrat de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, êtes-vous occupé chez plusieurs employeurs ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON,

- Depuis quand le contrat est-il rompu ? ☐☐ / ☐☐ / ☐☐☐☐
- Etes-vous chômeur contrôlé ? ☐ OUI ☐ NON

3.2 Complétez le nom et l'adresse de tous les employeurs chez qui vous avez travaillé pendant la période de 30 jours précédant le risque :

Nom & adresse de l'employeur	***Flexijob ou travailleur occasionnel dans l'horeca ?***
1. ----------	☐ OUI ☐ NON
2. ----------	☐ OUI ☐ NON
3. ----------	☐ OUI ☐ NON

3.3 Etes-vous, ou avez-vous été, pendant la période de 12 mois précédant le risque, employé comme fonctionnaire nommé ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, avez-vous donné volontairement votre démission ou avez-vous pris un congé sans solde pour raisons personnelles ET avez-vous obtenu dans les 30 jours qui ont suivi cette démission ou au début de ce congé sans solde pour raisons personnelles la qualité de travailleur ou de chômeur contrôlé ? ☐ OUI ☐ NON

4. EXERCICE D'UNE ACTIVITE PENDANT LE RISQUE

4.1 Avez-vous arrêté **TOTALEMENT TOUTES** les activités (p. ex. : travail d'indépendant à titre accessoire, mandat politique, etc.) le premier jour de votre incapacité de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Si NON, **prenez le plus rapidement possible contact avec votre mutualité !**

4.2 Avez-vous repris une activité après le début de votre incapacité de travail ? ☐ OUI ☐ NON

Attention ! Savez-vous que, moyennant l'autorisation du médecin-conseil, vous pouvez reprendre votre(vos) activité(s) partiellement pendant votre incapacité de travail ?
N'oubliez cependant pas de demander cette autorisation au moins un jour ouvrable préalablement à la reprise partielle.

5. AVANTAGES, RENTES ET PENSIONS

Recevez-vous :

A une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté belge et/ou étrangère ? ☐ OUI ☐ NON

B une rente, allocation ou indemnité belge et/ou étrangère pour accident du travail et/ou maladie professionnelle ? ☐ OUI ☐ NON
Si OUI, veuillez nous envoyer le rapport de consolidation.

C une allocation de handicapé :

- une intervention d'intégration ? ☐ OUI ☐ NON
  Si OUI, veuillez nous envoyer une attestation.
- une intervention de remplacement de revenus ? ☐ OUI ☐ NON
  Si OUI, veuillez nous envoyer une attestation.

D une pension de survie belge et/ou étrangère ? ☐ OUI ☐ NON

E une allocation de transition ? ☐ OUI ☐ NON

F une indemnisation du Fonds d'indemnisation des travailleurs licenciés en cas de fermeture d'entreprises (FFE)[1] ? ☐ OUI ☐ NON

G un autre avantage belge et/ou étranger que celui mentionné précédemment (par exemple une indemnité d'invalidité, une pension, une rente convertie en capital, …) ? ☐ OUI ☐ NON

(1) Cochez cette option si vous ne recevez pas encore d'indemnisation alors que vous avez bien introduit une demande auprès du FFE.

Si options A, B et/ou G, complétez, pour chaque avantage que vous recevez :

Avantage	*Exemple*	**1**	**2**	**3**
Type (entourez)	*A / (B) / G*	A / B / G	A / B / G	A / B / G
Organisme de paiement belge ou étranger	*FEDRIS*			
Quel est le degré d'incapacité ? (%) [2]	*10*			
Depuis quand recevez-vous l'avantage ?	*01/05/2017*			
Quel est le montant brut ?	*7,00 €*			
	☒ *par jour*	☐ par jour	☐ par jour	☐ par jour
	☐ *par semaine*	☐ par semaine	☐ par semaine	☐ par semaine
	☐ *par mois*	☐ par mois	☐ par mois	☐ par mois
	☐ *par trimestre*	☐ par trimestre	☐ par trimestre	☐ par trimestre
	☐ *par an*	☐ par an	☐ par an	☐ par an
Si B ou G : La rente a-t-elle été convertie en capital partiellement ou totalement ?	☐ OUI ☒ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON	☐ OUI ☐ NON

(2) Excepté pensions étrangères ET uniquement en cas de rente

6. INFORMATION FINANCIERE

Je prends bonne note que le paiement des indemnités est effectué par l'intermédiaire de l'organisme financier de la Mutualité. Vous trouverez ci-dessous, le compte bancaire à utiliser pour le paiement de mes indemnités d'incapacité de travail :

IBAN

BIC : *A compléter en cas de compte étranger.*

Ce compte est ouvert :

☐ à mon nom

☐ au nom de (nom et prénom) : .....

Adresse : .....

.....

Cette instruction de paiement est valable jusqu'à nouvel avis de ma part.

Avis important ! Si ce cadre n'est pas complété, les paiements seront effectués sur le compte bancaire connu dans nos fichiers.

7. DECLARATION SUR L'HONNEUR

Numéro national : .....

Numéro d'affiliation : .....

Nom et prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui interviendrait pendant le risque notamment en matière du droit à une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté, de prestations d'accident du travail, de maladie professionnelle ou provenant de tiers, de revenus professionnels, indemnités, allocations pour handicapés ou de toute autre ressource.

Je m'engage également à signaler à ma mutualité que je suis au bénéfice d'une indemnité de rupture de contrat si mon contrat de travail est rompu pendant le risque.

J'ai connaissance du fait que les déclarations fausses ou incomplètes donnent lieu à des sanctions et à des poursuites judiciaires.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à .....

Date :

Signature :

Ces données sont nécessaires à votre mutualité pour l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi coordonnée le 14 juillet 1994).
En application de la réglementation sur le traitement des données à caractère personnel, vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. Pour plus d'information concernant le traitement des données, vous pouvez vous adresser à l'autorité de protection des données.
Conformément à l'article 326§2 h) de l'arrêté royal du 03/07/1996, en cas de décès, le signataire autorise l'établissement financier à rembourser à sa Mutualité toutes les sommes indûment versées, dans les limites de ce qui est stipulé dans la convention conclue entre l'établissement financier et la Mutualité (si vous n'êtes pas d'accord, veuillez biffer ce dernier paragraphe).