

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 ? / /
 - Êtes-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.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3.	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

- 3.3 Êtes-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 <input checked="" type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 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 €			
	<input checked="" type="checkbox"/> par jour	<input type="checkbox"/> par jour	<input type="checkbox"/> par jour	<input type="checkbox"/> par jour
	<input type="checkbox"/> par semaine	<input type="checkbox"/> par semaine	<input type="checkbox"/> par semaine	<input type="checkbox"/> par semaine
	<input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/> par mois	<input type="checkbox"/> par mois
	<input type="checkbox"/> par trimestre	<input type="checkbox"/> par trimestre	<input type="checkbox"/> par trimestre	<input type="checkbox"/> par trimestre
	<input type="checkbox"/> par an	<input type="checkbox"/> par an	<input type="checkbox"/> par an	<input type="checkbox"/> par an
Si B ou G : La rente a-t-elle été convertie en capital partiellement ou totalement ?	<input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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).