



N° d'affiliation :
N.I.S.S. :
DM :
Concerne :

Annexe 5

DÉCLARATION D'EXERCICE D'ACTIVITES BÉNÉVOLES
(Loi du 3 juillet 2005 modifiée par la Loi du 19 juillet 2005)
au cours d'une période d'incapacité de travail.
Document à remettre à votre organisme assureur dès le premier mois suivant
la reprise d'une activité bénévole

A compléter par vous-même

Je soussigné(e)
.....
domicilié(e)
.....
Tél. et/ou GSM.....e-mail :

confirme par la présente que l'activité bénévole reprise le.....et pour laquelle
je demande l'autorisation du Médecin-conseil, n'est exercée qu'à titre d'activité non rémunérée au cours
d'une période d'incapacité de travail.

Nature de l'activité :
Durée de l'activité :

Je suis au courant du fait que chaque modification de cette activité non rémunérée doit être communiquée
immédiatement au Médecin-conseil.

Date : Signature

A remplir par l'organisation

Le (la) soussigné(e), représentant de
..... (nom + adresse de
l'organisation), confirme que la personne susmentionnée exerce les activités bénévoles suivantes¹:
.....
.....
.....

Je déclare qu'aucun salaire en argent ou en nature n'est payé pour cette activité.

Date : Signature + sceau de l'organisation

1: Veuillez décrire minutieusement les activités bénévoles.