

N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :  
D.M. :  
Concerne :

**DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL  
(RÉGIME DES TRAVAILLEURS INDEPENDANTS)**

**Important – Lisez ceci d'abord !**

**A quoi sert ce formulaire ?**

Vous devez remplir ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré(e) incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise à **temps partiel** :

- de l'activité professionnelle indépendante que vous exerciez avant votre incapacité de travail  
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle indépendante  
ou
- d'une activité en tant que travailleur salarié  
ou
- d'une toute autre activité rémunérée ou non rémunérée compatible avec votre état de santé.

**A qui devez-vous remettre ce formulaire ?**

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à notre mutualité via le canal de votre choix ou dans l'un de nos nombreux bureaux.

**Quand devez-vous remettre ce formulaire ?**

Vous devez envoyer ce formulaire au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail. Si vous ne signalez pas à temps que vous avez repris le travail, vos indemnités d'incapacité de travail peuvent être réduites de 10 % ou même refusées (en application de la règle de cumul avec les revenus professionnels émanant de l'activité adaptée).

**ATTENTION** : Ce document est une demande. Avant de commencer une quelconque activité partiellement, il est recommandé d'être en possession de l'accord écrit du médecin-conseil.

**Exception** : il est possible, après le début de votre incapacité de travail, de poursuivre une activité dans le secteur sportif et socioculturel (via 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)) en exécution d'un contrat déjà conclu et effectivement exécuté avant le début de l'incapacité de travail, avant d'avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité.

Dans ce cas, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois après la déclaration de l'incapacité de travail.

**Documents à joindre**

- Si vous reprenez une activité en tant que salarié, vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire. Si vous ne disposez pas encore de celui-ci, veuillez nous le transmettre dès qu'il sera en votre possession.

**Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec notre mutualité.**



N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :  
D.M. :  
Concerne :

**DEMANDE D'AUTORISATION DE REPRISE DU TRAVAIL PENDANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL TOUT EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**  
(art 23 ou 23bis de l'arrêté royal du 20 juillet 1971)

*Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité.*

**IDENTIFICATION DU TITULAIRE :**

Je soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Numéro national : \_\_\_\_\_ – E-mail : .....  
GSM ou n° de téléphone : .....  
sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité afin de reprendre à partir du ...../...../.....  
une activité professionnelle à temps partiel pendant mon incapacité de travail.

**1. Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité professionnelle comme :**

- Travailleur indépendant  
o l'activité indépendante que vous exerciez avant le début de votre incapacité de travail  
o une autre activité indépendante
- Travailleur salarié  
o ouvrier  
o employé
- Travailleur occupé dans le secteur sportif ou socioculturel (via 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)  
o 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 votre incapacité de travail.  
o 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 votre incapacité de travail.
- Toute autre activité  
o activité rémunérée  
o 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 :**

Je travaille selon un horaire variable (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine :

Je travaille selon un horaire fixe dont vous trouverez ci-dessous la grille horaire complétée.

Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1<sup>re</sup> ligne du tableau) :

Nombre d'heures par semaine :

	<b>Lundi</b>	<b>Mardi</b>	<b>Mercredi</b>	<b>Judi</b>	<b>Vendredi</b>	<b>Samedi</b>	<b>Dimanche</b>
<b>Semaine 1</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 2</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 3</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
<b>Semaine 4</b>	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____
	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____	de _____ à _____

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

.....

Adresse : .....

.....

Tél. : .....

N° ONSS :  et/ou N° BCE :

**ATTENTION : si le n° d'ONSS ou le n° BCE n'est pas complété, la déclaration ne pourra pas être traitée !**

- Si vous disposez de ces données :

- Les coordonnées de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone) :

.....

.....

- Les coordonnées du médecin du travail (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une activité indépendante) :

.....

.....

**J'affirme que la présente demande est sincère et complète.**

Date : ...../...../.....

Signature :

Solidaris Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante: [https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions\\_d\\_utilisation](https://www.solidaris-brabant.be/fr/conditions_d_utilisation).