

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

**DECLARATION ET DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER OU DE POURSUIVRE UNE ACTIVITÉ DURANT L'INCAPACITÉ TOUT EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL (RÉGIME DES SALARIÉS)**

(art. 100 § 2 de la loi du 14 juillet 1994)

**Important – Lisez ceci d'abord !**

**A quoi sert le formulaire de demande ?**

Vous devez compléter ce formulaire :

- si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail
- si vous reprenez une autre activité en tant que salarié
- si vous reprenez une activité comme indépendant compatible avec votre état de santé
- pour toute activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé
- vous désirez renouveler votre autorisation actuelle.

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

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et renvoyez ce formulaire à l'attention du médecin-conseil.

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

Vous devez envoyer ce formulaire au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise partielle d'une activité. Pour le renouvellement d'une autorisation existante, ce formulaire doit nous parvenir **avant la fin** de l'autorisation.

**Important**

Une déclaration tardive de reprise d'une activité à temps partiel ou le renouvellement d'une autorisation peut engendrer la réduction de vos indemnités d'incapacité de travail de 10 % ou même refusées (en application de la règle de cumul avec les revenus professionnels émanant de l'activité autorisée).

**Attention**

Ce document est une demande d'autorisation ou de renouvellement afin d'exercer ou de poursuivre une activité durant l'incapacité de travail. Avant de commencer une quelconque activité à temps partiel durant votre incapacité de travail, il est recommandé d'être en possession de l'accord écrit du médecin-conseil également s'il s'agit du renouvellement d'une activité à temps partiel pour laquelle le médecin-conseil a déjà donné son accord.

**Exception**

Si, après le début de votre incapacité de travail, vous poursuivez une activité dans le secteur sportif et socioculturel (via le statut particulier 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, vous devez envoyer ce formulaire dans un délai d'un mois à compter de la déclaration de l'incapacité de travail.

**Documents à joindre**

Si votre contrat de travail a été adapté ou modifié ou si vous avez reçu un nouveau contrat, vous devez joindre une copie de votre contrat de travail à ce formulaire. Si vous disposez pas encore de celui-ci, veuillez nous le transmettre dès qu'il sera en votre possession.

Nous vous invitons également, si possible, à nous transmettre, le cas échéant, l'accord de la médecine du travail.

Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec nos services.



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

**Rubrique 1 : Déclaration et demande de reprise de travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail**

Je soussigné(e),

Nom :                      Prénom :                      (ou apposez une vignette)

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

GSM ou n° de téléphone : .....

E-mail : .....

déclare vouloir reprendre ou avoir repris en date du ...../...../.....  
l'activité suivante : .....

déclare vouloir renouveler mon autorisation actuelle à partir du ...../...../.....  
pour l'activité suivante : .....

Au moyen de la demande d'autorisation ci-dessous, je sollicite **l'autorisation** du médecin-conseil de ma mutualité d'exercer cette activité ou le **renouvellement** de mon autorisation actuelle.

**Dans les 2 situations, il est impératif de compléter entièrement la rubrique 2.**

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes. Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

**IMPORTANT !!!**

**Durant la 1ère année de maladie, vous devez continuer à nous envoyer des certificats médicaux de prolongations dans les 7 jours civils également si vous travaillez à temps partiel avec l'accord du médecin-conseil.**

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

Signature :

**Rubrique 2 : Demande d'autorisation ou de renouvellement de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail, avec maintien de la reconnaissance**

Je soussigné(e), Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
sollicite l'autorisation ou le renouvellement du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre ou de poursuivre à partir du (jour/mois/année) ...../...../....., l'activité suivante : .....

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

- Ouvrier
  - chez le même employeur(\*)
  - chez un autre employeur
  - dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
  
- Employé
  - chez le même employeur(\*)
  - chez un autre employeur
  - dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
  
- Indépendant
  
- 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 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).
  - 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.
  - 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.
  
- (\*) S'il s'agit du même employeur, quel est le nombre d'heures par semaine que vous prestiez avant votre incapacité de travail (temps plein ou avec réduction du temps de travail éventuelle (ex : 30/38 suite congé parental 4/5, autre motif, ...)) : .....
  
- Toute autre activité
  - activité rémunérée
  - activité non rémunérée

**2. Quelles tâches exercez-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 dans le cadre du mi-temps médical :

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 dans le cadre du mi-temps médical :

**Quel est le nombre d'heures équivalent à un temps plein dans l'entreprise (votre employeur peut vous renseigner pour cette question)\* :**

\* champ obligatoire

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Semaine 1</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						
<b>Semaine 2</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						
<b>Semaine 3</b>	de _____ à _____						
	de _____ à _____						
<b>Semaine 4</b>	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 conseiller en prévention – médecin du travail :

.....

.....

**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).