

DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL PENDANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL

Important - Lisez ceci d'abord !

A quoi sert ce formulaire ?

Vous remplissez ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise à temps partiel de

- l'activité professionnelle (indépendante ou salariée) que vous exerciez avant votre incapacité de travail
ou
- d'une nouvelle activité professionnelle (indépendante ou salariée)
ou
- d'une activité comme indépendant à titre complémentaire
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée

compatible avec votre état de santé.

A qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Ce formulaire comprend deux rubriques (une rubrique administrative et une rubrique médicale). Complétez les deux et remettez-les nous.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Je suis salarié

Vous devez envoyer ce formulaire au plus tard le **premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise de travail**. (quelle que soit le type d'activité exercée).

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 d'une certaine règle de cumul si vous obtenez des revenus professionnels émanant de l'activité adaptée).

Je suis indépendant

Vous devez transmettre ce formulaire avant chaque reprise de travail.
(quelle que soit le type d'activité exercée)

ATTENTION ! Vous ne pouvez reprendre le travail **qu'après** avoir obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité.



Documents à joindre

Vous devez joindre une copie du contrat de travail à ce formulaire si

- votre contrat de travail a été adapté ou modifié
ou
- si vous avez reçu un nouveau contrat de travail.

Si vous ne disposez pas encore de cet avenant ou du nouveau contrat de travail, vous devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

Vous devez joindre une copie du contrat en matière de travail associatif si vous souhaitez exécuter du travail associatif.

Si vous ne disposez pas encore de ce contrat en matière de travail associatif, vous devrez en transmettre une copie à votre mutualité dès qu'il sera en votre possession.

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

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

A COMPLETER UNIQUEMENT PAR LES SALARIES

Je soussigné,

Nom et prénom
(ou collez une vignette)

.....

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

.....

GSM ou n° de téléphone fixe

.....

E-mail *(facultatif)*

.....

Vignette d'identification

déclare qu'à partir du

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

je reprends 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.

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 être sanctionnée par une sanction administrative ou pénale (article 233 du Code pénal social).

Date : / / 20....

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

Je soussigné,

Nom et prénom

(ou collez une vignette)

Numéro de registre national (NISS)

(voir à l'arrière de votre carte d'identité)

GSM ou n° de téléphone fixe

E-mail (facultatif)

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année)

--	--	--	--	--	--	--	--

une activité professionnelle de :

1. Cocher le type d'activité reprise :

- Ouvrier
- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
 - D) Je suis travailleur indépendant et je reprends une activité salariée
- Employé
- A) chez le même employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - B) chez un autre employeur (autre que l'employeur visé sous C)
 - C) dans une entreprise en dehors du circuit normal de travail (entreprise de travail adapté)
 - D) Je suis travailleur indépendant et je reprends une activité salariée
- Travailleur indépendant
- A) l'activité indépendante à titre principal que j'exerçais avant le début de mon incapacité de travail
 - B) une autre activité indépendante à titre principal
 - C) Je suis salarié et je reprends une activité d'indépendant à titre complémentaire.
- 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 associatif¹ (veuillez joindre le contrat concerné en matière de travail associatif)
- J'exerçais cette activité avant mon incapacité de travail
 - Je n'exerçais pas cette activité avant mon incapacité de travail
- L'économie collaborative²
- Toute autre activité
- activité rémunérée
 - activité non rémunérée

¹ Ce sont des services payants pour des associations socioculturelles à but non lucratif, des associations de fait ou des autorités publiques. Les services doivent se situer en dehors du circuit professionnel: par exemple, il s'agit de guides, il s'agit de responsable du terrain ou du matériel, de concierge d'infrastructure de jeunesse, de superviser les sorties scolaires, etc

² Par exemple, l'hébergement via Airbnb, services de livraison par Ubereats, etc.

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 :

Avant mon incapacité,

- j'exerçais une activité de avec un horaire de heures par semaine.
- je n'avais pas d'activité professionnelle.

Maintenant,

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

Nombre d'heures par semaine :

- Je travaille selon un horaire fixe Veuillez compléter également la grille horaire reprise ci-dessous.
Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1ère ligne du tableau) :

Nombre d'heures par semaine :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Semaine 1	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
Semaine 2	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
Semaine 3	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A

Semaine 4	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A
	De A	De A	De A	De A	De A	De A	De A

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

.....
.....

Adresse :

.....
.....

Tél.

.....

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.

Date : / / 20

Signature :