

## DEMANDE DE REPRISE DU TRAVAIL A TEMPS PARTIEL ou demande de prolongation d'une autorisation existante de reprise partielle de travail PENDANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL

**Important - Lisez ceci d'abord !**

### A quoi sert ce formulaire ?

Vous devez remplir **l'entière** de ce formulaire :

1. Si vous voulez recommencer à travailler à temps partiel pendant la période au cours de laquelle vous êtes déclaré en incapacité.

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 y compris un stage  
rémunérée ou non, compatible avec votre état de santé.

2. Si vous souhaitez modifier les conditions déclarées de votre activité autorisée actuelle pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) en incapacité de travail.

Vous devez remplir **une partie** de ce formulaire :

Si vous souhaitez prolonger votre accord actuel sans aucune modification des conditions autorisées par le médecin-conseil pendant la période au cours de laquelle vous êtes reconnu(e) en incapacité.

En cas d'accord, vous recevrez une confirmation par courrier ou par mail. L'accord couvrira alors vos activités partielles durant une période standard, mais cela n'empêche pas qu'il soit mis fin à cet accord et/ou à la reconnaissance de votre incapacité de travail pendant cette période, notamment après une évaluation médicale lors d'un moment de contact obligatoire.

### 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 ?

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).

**Exception** : si, après le début de votre incapacité de travail, vous poursuivez 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))
- (uniquement indépendant) dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande) 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

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 OBLIGATOIREMENT

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

|  |  |  |   |  |  |   |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|
|  |  |  | / |  |  | / |  |  |  |  |
|--|--|--|---|--|--|---|--|--|--|--|

l'activité suivante sera reprise (ou poursuivie si j'ai déjà reçu l'autorisation du médecin-conseil) :

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

*N'oubliez pas de compléter la Rubrique 2 (pages suivantes) relative à la demande d'une reprise partielle de travail, d'une prolongation d'une autorisation existante ou de la modification de votre accord actuel.*

Je déclare sur l'honneur que toutes les données figurant dans ce formulaire sont complètes et correctes.

Je suis au courant qu'une déclaration fausse, 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,  
d'une prolongation ou d'une modification d'un accord existant,  
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/modifier

à partir du   /   /     (jour/mois/année)

☐ une activité professionnelle de :  
*Complétez l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signez la déclaration sur l'honneur en fin de document.*

☐ Demande une prolongation sans modification d'une autorisation existante de reprise partielle de travail.  
*Complétez uniquement la déclaration sur l'honneur à la fin du document*

☐ Demande une prolongation avec modification des conditions autorisées par le médecin-conseil d'une autorisation existante de reprise partielle de travail.  
*Complétez l'entièreté des points 1 à 4 ci-dessous et signez la déclaration sur l'honneur en fin de document.*

**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 occupé dans le secteur sportif et socioculturel<sup>1</sup>
- ☐ A) 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 mon incapacité
  - ☐ B) 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 mon incapacité de travail

<sup>1</sup>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)

- ☐ (uniquement indépendant) Dans le cadre des soins et du soutien non directement accessibles pour une personne handicapée financée par un budget d'assistance personnelle ou par un budget qui suit la personne (mesures propres à la Communauté flamande)
- ☐ A) L'activité est la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de mon incapacité
- ☐ B) L'activité n'est pas la poursuite de l'exécution d'une convention qui avait déjà été conclue et avait déjà été effectivement exécutée avant le début de mon incapacité
- ☐ Toute autre activité
- ☐ A) activité rémunérée
- ☐ B) 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 :**

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 > Nombre d'heures par semaine :

*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 (1<sup>e</sup> ligne du tableau) :*

|                  | lundi               | mardi               | mercredi            | jeudi               | vendredi            | samedi              | dimanche            |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Semaine 1</b> | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
|                  | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
| <b>Semaine 2</b> | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
|                  | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
| <b>Semaine 3</b> | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
|                  | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |

|                  |                     |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
|------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| <b>Semaine 4</b> | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |
|                  | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... | De .....<br>A ..... |

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 (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 :