

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

Important - Lisez ceci d'abord !

À quoi sert ce formulaire ?

Vous devez remplir ce formulaire si vous voulez recommencer à travailler 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 autre activité professionnelle indépendante
ou
- d'une activité en tant que travailleur salarié
ou
- de toute autre activité (non) rémunérée compatible avec votre état de santé général.

À qui devez-vous remettre ce formulaire ?

Complétez ce formulaire et remettez-le ensuite à votre mutualité ou à l'office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

Quand devez-vous remettre ce formulaire ?

Vous devez transmettre ce formulaire **avant** chaque reprise de travail.

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 de votre contrat de travail si vous souhaitez reprendre votre activité en tant que travailleur salarié pendant la période d'incapacité de travail.

Si vous ne disposez pas encore 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 de votre 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.

Demande d'autorisation de reprise du travail (à temps partiel) pendant l'incapacité de travail, avec maintien de la reconnaissance de l'incapacité de travail

Je soussigné(e) : Nom et prénom (ou collez une vignette).....
Numéro de registre national (NISS) (voir à l'arrière de votre carte d'identité)
.....
Numéro de GSM ou de téléphone fixe (facultatif).....
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. Cochez pour indiquer s'il s'agit d'une activité (professionnelle) comme

- Travailleur indépendant**
 - l'activité indépendante que vous exercez avant le début de votre incapacité de travail
 - une autre activité indépendante
- Travailleur salarié**
 - ouvrier
 - employé
- Travailleur associatif** (veuillez joindre le contrat concerné en matière de travail associatif)
- Prestataire de services occasionnel**
- Toute autre activité**
 - activité rémunérée
 - activité non rémunérée

2. Quelles tâches exercerez-vous ? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible.

.....
.....

.....

.....

3. Indiquez l'horaire selon lequel vous exercerez cette activité :

- 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 (1^{re} ligne du tableau repris ci-dessous) :

Nombre d'heures par semaine :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
Semaine 1	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 ...
Semaine 2	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 ...
Semaine 3	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 ...
Semaine 4	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 ...

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 (à ne compléter que s'il ne s'agit pas d'une reprise 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 (si vous reprenez le travail en tant que travailleur salarié) :

.....
.....

J'affirme que la présente demande est sincère.

Date :/...../20....

Signature :