

À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR OU LA CAISSE DE PAIEMENT D'ALLOCATION DE CHÔMAGE

Ce document est à remettre ou à renvoyer à votre mutualité dès la fin de votre incapacité de travail ou période de protection de maternité, congé d'adoption ou congé de paternité.

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom :
Prénom :
Numéro national :
Rue et n° :
CP et commune :

Tél :

E-mail :

Je soussigné(e) déclare que par suite de : maladie repos de maternité
 congé de paternité congé d'adoption

la personne susnommée avait cessé le : travail chômage depuis le :/...../.....
a repris celui-ci depuis le :/...../.....

Attention !

- **Une déclaration anticipée n'est pas acceptable**
- Une reprise à temps partiel dans le cadre d'une autorisation du médecin-conseil de la mutualité ne doit pas faire l'objet de la présente déclaration mais, l'assuré doit en faire la demande écrite au médecin-conseil de la mutualité au moins 1 jour ouvrable avant la reprise. Par contre, le certificat justificatif d'incapacité partielle reste obligatoire (délai de déclaration de 2 jours).

Certifié sincère et véritable,
le/...../.....

Identité de l'employeur ou du bureau de chômage :
(Cachet et signature indispensables)



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet «envoyer un document» de notre guichet en ligne «MyMutualia». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.