

**QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EXCERCÉE COMME INDÉPENDANT À TITRE ACCESSOIRE - (ART.100, §2, DE LA LOI COORDONNÉE LE 14/07/1994)**

**À REMPLIR PAR LE TRAVAILLEUR SALARIÉ EXERCANT UNE ACTIVITÉ ACCESSOIRE INDÉPENDANT**

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....  
Prénom : .....  
Numéro national : .....  
Rue et n° : .....  
CP et commune : .....  
Mutualité : .....  
N° d'affiliation : .....

Dénomination de votre caisse d'assurance sociale (CAS) : .....

**VOS ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES COMME INDÉPENDANT (AVANT L'INCAPACITÉ)**

Profession en tant qu'indépendant (par ex. boulanger, médecin, coiffeur) : .....  
..... depuis le : ..... / ..... / .....

**CESSATION DE VOTRE ACTIVITÉ PERSONNELLE D'INDÉPENDANT**

Avec-vous arrêté totalement votre activité personnelle depuis le début de votre incapacité ?

Oui / Partiellement / Non \*

Si oui, depuis quand ? ..... / ..... / .....

Si partiellement, depuis quand ? ..... / ..... / .....

Quelle tâche exercez-vous encore et combien de temps y consacrez-vous ? (en jours et en heures)

.....  
.....  
.....

J'affirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète et que j'ai pris connaissance des informations importantes ci-dessous.

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

Signature :

1. Envoyez ce document le plus rapidement possible au médecin-conseil de votre mutualité.
2. Les inspecteurs de l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI) sont habilités à effectuer sur place un contrôle spontané, soit de leur propre initiative, soit à la demande du médecin-conseil de votre mutualité.
3. Si des modifications se produisaient durant la période de votre incapacité de travail au sujet des renseignements ci-dessus, vous êtes tenu de les communiquer immédiatement. Des déclarations fausses ou incomplètes peuvent entraîner des sanctions pénales, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31.5.1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'État. Des déclarations fausses ou incomplètes ou l'usage de celles-ci peuvent entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), conformément à l'arrêté royal du 10.1.1969.
4. Attention! Si vous désirez reprendre votre activité d'indépendant ou toute autre activité (comme indépendant, comme aidant ou dans une autre qualité) tout en continuant à percevoir des indemnités d'incapacité de travail, vous devez en demander l'autorisation préalable au médecin-conseil de votre mutualité. A défaut, les indemnités vous seront refusées dès la reprise de l'activité non-autorisée. En outre, vous ne pouvez pas commencer l'activité avant la date fixée par le médecin-conseil.



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](mailto:info@mutualia.be).

#### SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

#### SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680