

**DECLARATION DE CESSATION D'UN TRAVAIL AUTORISE DURANT L'INCAPACITE DE TRAVAIL**

(ART.100, § 2, DE LA LOI COORDONNEE LE 14/07/1994) - Activité autorisée sans assujettissement à la loi ONSS du 27 juin 1969 - A renvoyer à votre mutualité [ou à l'Office régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI)]

**À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ SOCIAL**

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

Déclare que :

 je cesse définitivement, à partir du ..... / ..... / ..... le travail de ..... pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil. j'ai provisoirement interrompu, pour raisons de santé ou volontaires, à partir du ..... / ..... / ..... jusqu'au ..... / ..... / ..... le travail de ..... pour lequel j'avais reçu l'autorisation du médecin-conseil.

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

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

Signature :

**À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN-CONSEIL**

Nom de l'assuré : .....

Prénom de l'assuré : .....

Numéro national : .....

J'accuse bonne réception de votre déclaration de cessation définitive de votre travail autorisé comme :

.....  
pour lequel vous avez reçu une autorisation en date du : ..... / ..... / .....

Je mets par conséquent fin à cette autorisation à partir du : ..... / ..... / .....

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

Signature du 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