

# Demande de reprise du travail à temps partiel pendant l'incapacité de travail



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale, ou envoyez-le (par mail) à :  
**Mutualité Partena – Service Revenus de remplacement**  
Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent  
vi@partena-mutualite.be

## À quoi sert ce formulaire ?

Vous devez compléter ce formulaire si vous voulez recommencer une activité pendant la période où vous êtes reconnu(e) incapable de travailler.

Il s'agit de la reprise d'une activité (à temps partiel) compatible avec votre état de santé général, comme :

- ✓ L'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail  
ou
- ✓ Une nouvelle activité professionnelle (par ex. comme indépendant(e), intérimaire, autre activité salariée)  
ou
- ✓ Toute autre activité (non) rémunérée (travail comme bénévole, études, stage)

## Quand et à qui devez-vous transmettre ce formulaire ?

- Vous étiez **salié(e) au début** de votre incapacité de travail ?
  - Transmettez-nous le formulaire de demande **au plus tard le jour ouvrable précédant la reprise de l'activité.**  
*Par ex. vous souhaitez débiter une activité le lundi 30/10/2017. Vous devez nous transmettre le formulaire de demande au plus tard le vendredi 27/10/2017.*
  - Attention : si vous nous transmettez **tardivement** le formulaire de demande, les indemnités sont réduites de **10%**, ou peuvent même être supprimées temporairement ou définitivement.
  - La **décision du médecin conseil** vous sera adressée dans les 30 jours ouvrables suivant le début de l'activité. Vous pourriez être invité(e) chez le médecin conseil à ce propos.
  - Un accord a toujours une date de fin. Le médecin conseil peut vous donner un accord de reprise de travail à temps partiel pour **un maximum de 2 ans.**
  - Attention, cet accord n'est pas définitif, et **peut être revu** à tout moment par le médecin conseil.
  - Si vous voulez prolonger une période de reprise de travail à temps partiel, transmettez-nous un nouveau formulaire de demande, au moins 1 mois avant la date de fin.
- Vous étiez **indépendant(e) au début** de votre incapacité de travail ?
  - Transmettez-nous **ce formulaire de demande bien avant le début de l'activité.**
  - Vous ne pouvez **débiter l'activité** qu'**après** avoir reçu l'**autorisation expresse** du médecin conseil. Vous pourriez être invité(e) chez le médecin conseil à ce propos.

## Quels documents devez-vous joindre ?

Vous devez joindre une copie de votre contrat de travail à ce formulaire si :

- Votre contrat de travail a été adapté ou modifié
- 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 la mutualité dès qu'il sera en votre possession.

## Une modification de vos conditions de travail ?

*Par exemple : Un changement d'horaire, d'activité, d'employeur ...*

Vous devez communiquer chaque modification à la mutualité !

Transmettez-nous un nouveau formulaire de demande, et ce toujours bien avant toute modification.



\*K005111D0000000358177000\*

### Une modification de vos conditions de travail ?

Toute période d'incapacité de travail comporte une date de fin.  
Tenez-en compte !

- ***Votre incapacité de travail se prolonge ?***

Vous devez demander la prolongation de cette incapacité de travail. Transmettez-nous un nouveau certificat d'incapacité de travail dans les deux jours calendrier suivant cette date de fin. Pendant une période de reprise de travail à temps partiel autorisée, vous devez aussi nous transmettre des certificats d'incapacité de travail. La date de fin de votre période d'incapacité de travail et la date de fin de votre incapacité de travail à temps partiel autorisée peuvent différer.

- ***Vous n'êtes plus incapable de travailler ?***

Transmettez-nous au plus vite une 'attestation de reprise de travail ou du chômage' complétée. Vous ne disposez plus de ce document ? vous le trouverez sous [www.partena-mutualite.be/revenuderemplacement](http://www.partena-mutualite.be/revenuderemplacement)

### Puis-je reprendre immédiatement mon travail à temps partiel ?

Non, vous devez être reconnu(e) en incapacité de travail pendant au moins un jour. Ce n'est qu'ensuite que vous pouvez entamer une activité à temps partiel.

**Demande d'autorisation de débiter une activité (à temps partiel) pendant l'incapacité de travail, avec maintien de la reconnaissance de l'incapacité de travail.**

(vous pouvez aussi apposer une vignette)

**Je, soussigné(e),**

Nom et prénom : .....

Numéro de registre national : .....

Numéro de GSM ou de téléphone : .....

E-mail : .....

Demande au médecin conseil de la mutualité l'autorisation de reprendre à partir du (jour/mois/année)

une activité (professionnelle) de .....

**1. Indiquez s'il s'agit d'une activité (professionnelle) comme**

**Indépendant(e)**

l'activité indépendante que vous exercez avant le début de votre incapacité de travail

une autre activité indépendante

**Salarié(e)**

Ouvrier - Ouvrière

chez le même employeur

chez un autre employeur

Employé(e)

chez le même employeur

chez un autre employeur

**Accueillant(e) d'enfants à domicile** (affilié(e) à un service agréé ou non lié(e) par un contrat de travail à ce service)

Employé(e) dans **une entreprise de travail adapté**

Travailleur associatif<sup>1</sup> (veuillez joindre le contrat concerné en matière de travail associatif)

Prestataire de service occasionnel<sup>2</sup>

**Toute autre activité**

rémunérée

non rémunérée

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

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

**3. Proposition d'horaire souhaité pour l'activité**

Avant mon incapacité, je travaillais ..... heures par semaine comme ..... (activité)

**Indiquez selon quel horaire vous allez exercer l'activité :**

Je travaille selon un **horaire fixe** (complétez aussi la grille horaire ci-dessous).

*Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, ne complétez que la semaine 1 (1<sup>ère</sup> ligne du tableau ci-dessous) :*

Nombre d'heures par semaine : .....

Je travaille selon un **horaire variable** (pas d'horaire fixe)

Nombre d'heures par semaine : .....

<sup>1</sup> Ce sont des services payants pour des associations socioculturelles à but non lucratif, des associations de fait ou des autorités publiques. Les services doivent se situer en dehors du circuit professionnel: par exemple, il s'agit de guides, il s'agit de responsable du terrain ou du matériel, de concierge d'infrastructure de jeunesse, de superviser les sorties scolaires, etc.

<sup>2</sup> Il s'agit de services occasionnels et rémunérés d'une personne privée à une autre personne privée. Par exemple, de petits travaux d'entretien de la maison, tonte de gazon, garde d'enfants, tutorat, assistance administrative, etc.

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
<b>Semaine 1</b>	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
<b>Semaine 2</b>	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
<b>Semaine 3</b>	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
<b>Semaine 4</b>	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

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 de la 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 comme salarié(e)) :

.....  
.....

**J'affirme que la présente demande est sincère et véritable.**

Date : \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Signature :