

Demande de reprise du travail à temps partiel ou d'une activité pendant l'incapacité de travail



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale, ou envoyez-le (par mail) à :

Mutualité Partena, Service Indemnités, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
vi@partena-mutualite.be

Davantage d'informations : www.partena-mutualite.be

A quoi sert ce formulaire ?

Vous devez compléter ce formulaire si vous voulez recommencer une activité pendant la période où vous êtes reconnu(e) comme 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 exercez avant votre incapacité de travail
- une nouvelle activité professionnelle (par exemple comme indépendant(e), intérimaire, autre activité salariée)
- toute autre activité (non) rémunérée (travail comme bénévole, études, stage)

Quand devez-vous transmettre ce formulaire ?

☞ Vous étiez **salarié(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 exemple : 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 à temps partiel pour **un maximum de deux 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.



K005111D000000440590900

Que devez-vous faire si votre période d'incapacité de travail est terminée ?

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

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

Dans ce cas, vous devez prolonger votre incapacité de travail. Envoyez-nous un nouveau certificat d'incapacité de travail dans les 2 jours calendrier suivant la date de fin.

Vous devez également nous fournir des certificats d'incapacité de travail pendant une période de reprise autorisée du travail.

La date de fin de votre incapacité de travail et la date de fin de votre de reprise autorisée du travail peuvent notamment différer.

- **Êtes-vous indépendant ?**

Attention ! Votre incapacité de travail ne sera reconnue par votre mutualité qu'à partir de la date de début indiquée sur votre certificat médical. Les éventuels jours d'incapacité de travail avant la date de signature de votre médecin traitant ne peuvent être reconnus. Il s'agit d'une nouvelle réglementation pour les travailleurs indépendants entrée en vigueur le 01/07/2019. Ce principe s'applique également en cas de prolongation ou de rechute.

- **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

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 de reprise du travail à temps partiel ou d'une activité pendant l'incapacité de travail

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 (JJ/MM/AAAA) : / /

une activité (professionnelle) de :

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

Indépendant(e)

- l'activité indépendante que vous exerciez avant le début de votre incapacité de travail
- une autre activité indépendante
- je suis travailleur indépendant et je reprends une activité salariée

Salarié(e)

- Ouvrier - ouvrière
 - chez le même employeur
 - chez un autre employeur
 - Employé(e)
 - chez le même employeur
 - chez un autre employeur
 - je suis salarié et je reprends une activité d'indépendant à titre complémentaire
- 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 associatif¹

Avez-vous également exercé cette activité avant le début de votre incapacité de travail? OUI - NON
↳ Si OUI : veuillez joindre le contract concerné en matière de travail associatif

Prestataire de service occasionnel²

l'Économie collaborative (par exemple, l'hébergement par AirBnB, services de messagerie par Uber eats, etc.)

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.

.....

.....

.....

.....

¹ Ce sont des services rémunérés 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 peut s'agir de guides, de responsable du terrain ou du matériel, de concierge d'infrastructure de jeunesse, de superviser les sorties scolaires, etc.

² 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.

3. Proposition d'horaire souhaité pour l'activité

Avant mon incapacité :

- je travaillais heures par semaine comme (activité)
 je n'avais pas d'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 identique chaque semaine, ne complétez que la "Semaine 1" ci-dessous)
Nombre d'heures per semaine :
- Je travaille selon un **horaire variable** (par d'horaire fixe)
Nombre d'heures per 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

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 :

.....

Numéro de téléphone :

Si vous disposez de ces données :

● **Coordonnées de votre médecin traitant :**

Nom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

● **Coordonnées du conseiller en prévention – médecin du travail :** (si vous reprenez le travail comme salarié(e))

Nom :

Adresse :

.....

Numéro de téléphone :

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

Date : / /

Signature :