

Déclaration sur l'honneur de non-reprise



Transmettez ce document à la mutualité si vous ne reprenez pas l'activité autorisée pour raisons de santé:

Partena Mutualité Libre
Sluisweg 2 bus 1 - 9000 Gent
vi@partena-mutualite.be

Je soussigné(e),

Nom et prénom:

Numéro de Registre national:

Numéro d'inscription:

déclare par la présente qu'en dépit de l'autorisation que m'a accordé(e) le médecin conseil d'exercer une activité pendant ma période d'incapacité de travail:

- Je **ne** reprendrai **pas** d'activité pendant la période couverte par l'autorisation (*)
- Je cesserai **définitivement** cette activité à partir du/...../....., pour cause d'incapacité de travail complète
- J'interromprai **temporairement** cette activité pendant la période du/...../..... au/...../..... inclus

J'autorise ma mutualité et les instances de l'Institut national maladie-invalidité chargées du contrôle, à vérifier – notamment auprès de l'Administration des contributions directes – la teneur de cette déclaration, dont je confirme qu'elle est complète et sincère.

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

Signature:

(*) Si vous souhaitez reprendre ultérieurement cette activité ou une autre pendant votre période d'incapacité de travail, nous tenons à attirer votre attention sur le fait que vous devez compléter et nous adresser un nouveau formulaire de demande, avant de débiter cette activité.

Si vous deviez nous adresser cette demande tardivement, vos indemnités seront réduites de 10% à titre de sanction, ou pourraient même ne pas être payées.

*Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce document, vous pouvez toujours contacter la mutualité.
Contactez nous par téléphone au 02 218 22 22 or par e-mail vi@partena-mutualite.be*



IW23211D0000000465144900