

DECLARATION D'EXERCICE D'ACTIVITES NON REMUNEREES

(TRAVAIL BENEVOLE)

au cours d'une période d'incapacité de travail

**Document à remettre à votre organisme assureur dès le premier mois suivant
l'autorisation d'exercer une activité non rémunérée**

A remplir par le titulaire

| |
|--|
| Le(la) soussigné(e) (nom + adresse) confirme par la présente que l'activité pour laquelle il (elle) a reçu le une autorisation du Docteur, médecin-conseil n'est exercée qu'à titre d'activité non rémunérée au cours d'une période d'incapacité de travail. Nature de l'activité Durée de l'autorisation Je suis au courant du fait que chaque modification de cette activité non rémunérée doit être communiquée immédiatement au médecin-conseil. Date Signature |
|--|

A remplir par l'organisation

| |
|---|
| Le(la) soussigné(e) : représentant de (nom de l'organisation) confirme que la personne susmentionnée exerce les activités non rémunérées suivantes ¹ Je déclare qu'aucun salaire en argent ou en nature n'est payé pour cette activité. Date Signature |
|---|

¹ Veuillez décrire minutieusement les activités bénévoles.