

**FORMULAIRE A COMPLETER EN CAS DE REPRISE PARTIELLE D'UNE ACTIVITÉ  
PROFESSIONNELLE DURANT L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**

**Vous devez compléter et signer ce formulaire et le renvoyer à votre mutualité ou office régional de la Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité (CAAMI) avant votre reprise d'activité<sup>1</sup>**

**DECLARATION DE REPRISE D'UN TRAVAIL ADAPTE DURANT UNE INCAPACITE DE TRAVAIL**

Vous devez compléter ce formulaire si vous reprenez une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant votre incapacité de travail ou si vous reprenez une autre activité

Je soussigné : Nom et prénom (ou collez une vignette).....  
NISS numéro d'identification à la sécurité sociale (voir coin supérieur droit de votre carte SIS).....  
GSM ou numéro de téléphone .....  
E-mail (facultatif) .....

déclare que je reprends à partir du

l'activité suivante de .....

Au moyen de la demande d'autorisation (reprise ci-dessous), je sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité, d'exercer cette activité.

Conscient du fait qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut donner lieu à une sanction pénale conformément à l'article 233 du Code pénal social ou à une sanction administrative, **j'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète**

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

Signature

**DEMANDE D'AUTORISATION D'EXERCER UNE ACTIVITÉ DURANT L'INCAPACITÉ TOUT  
EN MAINTENANT LA RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITÉ DE TRAVAIL**  
(ART.100, §2, DE LA LOI DU 14/07/1994)

**Je soussigné,**

sollicite l'autorisation du médecin-conseil de ma mutualité de reprendre à partir du (jour/mois/année)

une activité professionnelle de .....

**Il s'agit d'une activité (professionnelle) <sup>2</sup> de**

- Ouvrier
  - chez le même employeur
  - chez un autre employeur

<sup>1</sup> A défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel pourront être diminuées de 10% ou même vous être refusées.

<sup>2</sup> Cochez la case correspondant à votre situation

- Employé
  - chez le même employeur
  - chez un autre employeur
- Indépendant
- Toute autre activité
  - activité rémunérée
  - activité non rémunérée

Veuillez indiquer les jours et les heures durant lesquels vous allez travailler :

- Je travaille selon un horaire fixe (veuillez également compléter la grille horaire **reprise ci-dessous**).

Si les jours et les heures de travail sont identiques chaque semaine, veuillez compléter uniquement la semaine 1 (1<sup>ère</sup> ligne du tableau reprise ci-dessous):

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

	<b>lundi</b>	<b>mardi</b>	<b>mercredi</b>	<b>jeudi</b>	<b>vendredi</b>	<b>samedi</b>	<b>dimanche</b>
<b>Semaine 1</b>	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
<b>Semaine 2</b>	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
<b>Semaine 3</b>	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
<b>Semaine 4</b>	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...
	De ... A ...	De .. .. A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...	De ... A ...

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

Nombre d'heures par semaine ...

Veuillez mentionner toute information utile en rapport avec votre horaire de travail :

.....

.....

.....

.....  
.....

Quelles tâches exercerez-vous? Décrivez toutes les activités/tâches que vous effectuerez séparément et le plus concrètement possible.

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

Nom de votre employeur/ de votre organisation:

.....

Adresse: .....

.....

Tel: .....

Si vous disposez de ces données :

- Les données de votre médecin-traitant (nom, adresse, téléphone):

.....  
.....

- Les données du médecin du travail

.....  
.....

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

Date :.....

Signature:.....

Remarque importante: Veuillez nous transmettre ce formulaire **AVANT** la reprise de votre activité. Si votre contrat de travail a été adapté ou modifié ou si vous avez reçu un nouveau contrat de travail, veuillez joindre à ce formulaire une copie de ce contrat . Si vous ne disposez pas encore de l'avenant à votre contrat de travail ou du nouveau contrat de travail, veuillez adresser à votre mutualité une copie de ce contrat dès que vous serez en sa possession.

<p><b>VOIR LA REMARQUE IMPORTANTE AU VERSO</b></p>
--

## REMARQUE IMPORTANTE

Il vous est loisible de reprendre, dans le courant de votre incapacité de travail, une partie de l'activité professionnelle que vous exerciez avant la survenance de votre incapacité de travail (ou une autre activité professionnelle qui est compatible avec votre état de santé). Il est requis que vous obteniez l'autorisation du médecin-conseil de votre organisme assureur pour continuer à être reconnu incapable de travailler.

Pour obtenir cette autorisation, vous devez déclarer votre reprise du travail et solliciter l'autorisation du médecin-conseil de votre organisme assureur au moyen du présent formulaire. Ce formulaire doit être envoyé au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement la reprise du travail, auprès de votre organisme assureur. Si ce délai n'est pas respecté, les indemnités d'incapacité de travail calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec le revenu professionnel découlant du travail adapté, seront diminuées de 10 p.c. voire même refusées.

Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce document, n'hésitez pas à prendre contact avec votre organisme assureur.