|  |
| --- |
| **Déclaration en cas d’activité autorisée****sans assujettissement à la sécurité sociale des travailleurs salariés(p.ex., en qualité de travailleur indépendant)** |

**Important - Lisez ceci d'abord !**

**À quoi sert ce formulaire ?**

Vous avez obtenu l'autorisation du médecin-conseil de votre mutualité d'exercer une activité non salariée (travailleur indépendant) pendant votre incapacité de travail.

A partir du 1er avril 2018, la règle de cumul suivante était d’application :

Au cours **des six premiers mois**, vous n'avez pas bénéficié d'indemnités réduites.

À partir **du premier jour du septième mois jusqu'au 31 décembre de la troisième année civile le début de l'exercice de l'activité autorisée**, le montant de vos indemnités a été réduit de 10 %.

**À partir de la quatrième année civile qui suit l'année civile du début de l'exercice de l'activité autorisée (et chaque année civile suivante)**, vos indemnités sont :

* suspendues : si le revenu professionnel de l'année de référence dépasse le montant autorisé de 15 % ou plus.
* réduites : si le revenu professionnel de l'année de référence dépasse le montant autorisé de moins de 15 %. Le montant journalier de l'indemnité est réduit à concurrence d'un pourcentage égal au pourcentage de dépassement du montant autorisé du revenu professionnel.
* non réduites : si le revenu professionnel de l'année de référence ne dépasse pas le montant autorisé.

Vous devez communiquer sur cette déclaration le montant des **revenus nets** obtenus pendant l'**année de référence** applicable. Le revenu net imposable est égal au montant brut des revenus résultant de la cession et de la concession des droits d’auteur et des droits voisins, bénéfices, profits, rémunérations et des revenus divers découlant de l'activité autorisée, diminué, le cas échéant, des frais professionnels et des pertes de revenu.

**À qui devez-vous remettre ce formulaire ?**

Vous devez envoyer cette déclaration (ou la remettre) à votre mutualité ou à l'office régional de la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité.

**Quand devez-vous remettre ce formulaire ?**

Vous devez, **dans un délai de trente jours civils suivant sa réception**, transmettre le formulaire complété, daté et signé.

**Documents à joindre**

Vous devez joindre une **copie de votre avertissement-extrait de rôle** impôt des personnes physiques relatif à l'année de référence applicable.

**Que se passera-t-il si vous ne répondez pas à temps à la demande de votre mutualité ?**

Votre mutualité **suspendra** **l'octroi des indemnités** si elle ne dispose pas à temps de l'ensemble des données.

**Si vous éprouvez des difficultés à compléter ce formulaire, n'hésitez pas à prendre contact avec votre mutualité.**

**Identification du titulaire**

Nom et prénom (ou apposez une vignette)...............................

Numéro du registre national……………………………..

Numéro de GSM ou numéro de téléphone (facultatif) ……………………………………

E-mail (facultatif) …………………………………

**Déclaration du titulaire**

Je déclare que le montant du **revenu net imposable** découlant de l'exercice de l'activité autorisée par le médecin-conseil pour l'année de référence 20  , mentionné sur l'avertissement-extrait de rôle, s'élève à ⬜⬜⬜⬜⬜⬜, ⬜⬜ EUR.

Pour étayer ma déclaration, je joins l'avertissement-extrait de rôle impôt des personnes physiques relatif à l'année de référence.

**Je** **certifie sur l'honneur que cette déclaration est complète et exacte**

Date : .…../..…./…..…

Signature

Je suis au courant qu'une déclaration fausse, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou une sanction pénale (article 233 du Code pénal social).