

ATTESTATION DE REPRISE DE TRAVAIL A REMETTRE OU A ENVOYER OBLIGATOIREMENT A VOTRE MUTUELLE IMMEDIATEMENT APRES LA FIN DE VOTRE INCAPACITE DE TRAVAIL, DE LA PERIODE DE PROTECTION DE MATERNITE, DE CONGE D'APOPTION

Votre mutualité vous demande ces données pour l'exécution de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14.07.1994 et arrêté royal du 20.07.1971). En application de la loi du 08.12.1992 sur la protection de la vie privée, vous avez le droit de connaître et de faire corriger vos données personnelles. Si vous voulez faire usage de ce droit, vous devez le signaler par écrit à votre mutualité. Pour plus d'information concernant le traitement de ces données vous pouvez vous adresser à la Commission pour la protection de la vie privée.

N° fédéral : N° national :
N° section : N° CIT : Code de rechute :
Nom et Prénom :
Rue et Numéro :
Code postal et ville :
Pays (si différent de Belgique) :
Date de début risque :
Nature du risque :

**IMPORTANT !
A REMPLIR PAR L'EMPLOYEUR**

Je soussigné déclare que l'intéressé suite à une période de :

Maladie *Congé d'adoption* *Protection de la maternité*

A cessé le travail le : - -

ET : A repris le travail le : - -

Certifié sincère,
Personne de contact :
.....
.....

Date : - -

Cachet et signature de l'employeur

Remarques importantes

1. Vous devez faire compléter ce formulaire en cas de reprise de travail. Cette déclaration doit permettre à votre organisme assureur de cesser le paiement des indemnités.
2. Vous ne devez pas compléter ce formulaire si vous souhaitez reprendre une activité compatible avec votre état de santé dans le courant de votre incapacité de travail tout en maintenant le bénéfice de vos indemnités. Dans cette situation, vous devez compléter un autre formulaire qui est disponible auprès de votre organisme assureur.
3. Vous ne devez pas compléter ce formulaire en cas de reprise de chômage.