

INCAPACITÉ DE TRAVAIL TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

(Art. 53 de l'Arrêté Royal du 20 juillet 1971)

1. Identification du titulaire

- Nom : Prénom :
- Adresse (résidence) principale :
.....
- Organisme Assureur : Symbio, Mutualité Neutre 206
- Numéro d'affiliation :
- Numéro national (NISS) :
- Votre adresse actuelle (si elle est différente de votre résidence principale) :
.....
.....

2. Déclaration - À remplir par le Médecin Traitant

Je soussigné, Docteur en médecine, déclare avoir donné des soins à

et avoir constaté qu'il/elle incapable de travailler depuis le ... / ... / par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic – préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou traumatisme et fournir des indications permettant au médecin-conseil d'estimer la durée probable de cette incapacité) :

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

L'intéressé(e) est hospitalisé(e) depuis le ... / ... / à

.....

Raison et durée présumée de l'hospitalisation :

.....

.....

Identification du médecin (cachet du médecin reprenant nom, adresse et numéro d'inscription à l'Ordre des Médecins) :

Date : ... / ... /

Signature du médecin traitant :

3. Case réservée au Médecin-Conseil

- Date de réception : ... / ... /
- Date de début d'incapacité reconnue : ... / ... /
- Délai de convocation :
- Numéro d'ordre annuel :

Date : ... / ... /

Signature du Médecin-Conseil :

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS

POUR LE CALCUL DES INDEMNITÉS

1. Identification du titulaire

- Nom : Prénom :
- Adresse (résidence) principale :
.....
- Organisme Assureur : Symbio, Mutualité Neutre 206
- Numéro d'affiliation :
- Numéro national (NISS) :
- Votre adresse actuelle (si elle est différente de votre résidence principale) :
.....
.....

2. Déclaration – À remplir par le Travailleur Indépendant

1. Date de début d'incapacité de travail : ... / ... /
2. Étiez-vous, lors du début de votre incapacité de travail, en séjour à l'étranger ?
 non oui
Si oui, à quelle date êtes-vous rentré en Belgique ? ... / ... /

3. Bénéficiez-vous

- a) d'indemnités d'incapacité de travail accordées au travailleur salarié en vertu de la loi du 09/08/1963 ?
 non oui
- b) d'une pension d'invalidité d'ouvrier mineur à charge du F.N.R.O.M. ?
 non oui
- c) d'une rente, indemnité ou allocation d'accident du travail ?
 non oui -> % (*)
- d) d'une rente, indemnité ou allocation pour maladie professionnelle ?
 non oui -> % (*)
- e) d'allocations ordinaires et complémentaires pour handicapés ?
 non oui -> % (*)

(*) Si oui, quel est le degré d'invalidité ?

f) d'un autre avantage, indemnité, pension, rente ou capital ?

non oui -> % (*)

g) d'une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté, accordée par une institution belge ou étrangère de sécurité sociale ?

non oui

h) d'une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté, accordée par un pouvoir public, par un organisme public ou d'utilité publique ?

non oui

Si vous avez répondu oui à une des questions de a) à h) :

i) depuis quand ? ... / ... / (1)

... / ... / (2)

(le (2) vise le cas du titulaire qui bénéficie d'une seconde pension, rente, allocation ou avantage)

j) quel est le montant ?

(1)** : (2)** :

** par jour, par semaine, par mois, par trimestre, par année *(biffer la mention inutile)*

k) institutions qui paient ces montants :

(1) Nom :

(2) Adresse :

(1) Nom :

(2) Adresse :

l) pour le cas sous c) et f) a-t-on payé une partie ou la totalité de la rente en capital ?

non oui

4. Bénéficiez-vous

a) d'une rémunération à charge d'un employeur ?

non oui

Si oui, pour quelle période :

Date de début : ... / ... /

Date de fin : ... / ... /

b) d'une indemnité de rupture de contrat de louage de travail ?

non oui

Si oui, pour quelle période :

Date de début : ... / ... /

Date de fin : ... / ... /

c) d'une indemnité garantie par la loi belge ou étrangère en cas d'interruption d'une activité professionnelle qui est ou risque d'être nuisible à votre santé ?

non oui

Si oui, pour quelle période :

Date de début : ... / ... /

Date de fin : ... / ... /

5. Travaillez-vous dans un atelier protégé ?

non oui

Si oui, depuis quelle date : ... / ... /

Quel est le montant mensuel de votre rémunération ?

Date : ... / ... /

Signature du travailleur indépendant :

Si des modifications se produisaient durant la période d'incapacité de travail au sujet des renseignements ci-dessus, vous êtes tenu de les communiquer immédiatement. Une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner des sanctions pénales, conformément à l'Arrêté Royal du 31 mai 1933, ou l'exclusion du droit des prestations de l'assurance maladie-invalidité, conformément à l'Arrêté Royal du 10 janvier 1969.

Si vous rencontrez des problèmes en remplissant ce questionnaire, n'hésitez pas à faire appel à votre mutualité, votre caisse d'assurances sociales ou votre comptable.

1. Identification du titulaire

- Nom : Prénom :
- Adresse (résidence) principale :
.....
- Organisme Assureur : Symbio, Mutualité Neutre 206
- Numéro d'affiliation :
- Numéro national (NISS) :
- Dénomination de votre caisse d'Assurances Sociales (CAS) :
.....

2. Questions relatives à VOTRE ENTREPRISE avant votre incapacité de travail (*)

L'activité de l'entreprise est-elle exercée :

- a) en votre propre nom ? non oui
- b) sous forme de société ? non oui

Numéro de TVA :

Si vous n'avez pas de numéro de TVA, veuillez remplir les points suivants :

Dénomination + formes légales (SA, SPRL, ...) de la société :

.....

Adresse du siège social de la société :

.....

Où exercez-vous l'activité (si cette adresse est différente du siège social) :

.....

Description détaillée des activités de l'entreprise et importance (par exemple : exploitation agricole : nature, superficie; société de transport : nature, nombre de véhicules, ...) :

.....

.....

(*) Les activités professionnelles personnelles doivent être précisées sur les pages suivantes.

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

D'autres personnes ont collaboré/collaborent dans l'exploitation ou l'entreprise :

- conjoint(e)/membres de la famille : non oui => Nombre :
- associés/mandataires/partenaires : non oui => Nombre :
- ouvriers : non oui => Nombre :
- employés : non oui => Nombre :
- autres : non oui => Nombre :

Si votre incapacité de travail la entraîné des modifications dans la poursuite de votre entreprise ou exploitation, veuillez préciser lesquelles :

.....
.....

3. Questions relatives à VOS ACTIVITÉS PROFESSIONNELLES au sein de l'entreprise avant votre incapacité de travail

Profession en tant qu'indépendant (par exemple boulanger, médecin, coiffeur) :

.....

Depuis quand exercez-vous cette profession ? ... / ... /

Description détaillée des tâches que vous avez exercées réellement avant le début de votre incapacité de travail. Afin de permettre au médecin-conseil de prendre sa décision, il est nécessaire de décrire de manière détaillée en quoi consiste votre activité personnelle au sein de l'entreprise.

- Était-ce plutôt un travail manuel ? non oui
- Était-ce plutôt un travail intellectuel ? non oui
- Était-ce plutôt un travail de direction ou de gestion ? non oui

Description proprement dite :

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

4. CESSATION de votre activité personnelle d'indépendant

Vous ne pourrez être reconnu incapable de travailler que si vous avez interrompu totalement votre activité comme indépendant. Si vous souhaitez exercer votre activité partiellement, vous devez demander à cet effet, l'autorisation qu'à partir du deuxième mois de votre incapacité.

Avez-vous arrêté totalement votre activité professionnelle depuis le début de votre incapacité ?

non oui

Si oui, depuis quand ? ... / ... /

Exercez-vous encore partiellement votre activité après le début de votre incapacité de travail ?

non oui

Si oui, depuis quand ? ... / ... /

Quelle tâche exercez-vous encore et combien de temps y consacrez-vous (en jours et en heures) ?

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

5. AUTRES activités professionnelles en plus de l'activité d'indépendant

Vous ne pourrez être reconnu incapable de travailler que si vous avez également interrompu totalement votre activité comme indépendant. Si vous souhaitez exercer votre activité partiellement, vous devez demander à cet effet, l'autorisation préalable du médecin-conseil de votre mutualité.

Avant votre incapacité de travail, exercez-vous une activité professionnelle autre que celle d'indépendant ?

non oui

Si oui, quelle activité (description de l'activité et qualité, par exemple salarié, fonctionnaire, activité bénévole, etc.) :

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

Depuis quand l'exercez-vous ? ... / ... /

Avez-vous cessé cette activité ?

- non
- partiellement
- oui

- Si vous avez cessé cette activité : À quelle date ? ... / ... /
- Si vous exercez cette activité partiellement : À quelle date ? ... / ... /

Quelles tâches continuez-vous à exercer et combien de temps y consacrez-vous (en jours et en heures) :

.....

.....

.....

.....

6. Données bancaires

IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

BIC : _____

7. Autres remarques

.....

.....

.....

.....

J'affirme sur l'honneur que cette déclaration est sincère et complète, et que j'ai pris connaissance des informations importantes ci-jointes.

Date : / /

Signature :

Votre mutualité vous demande ces données pour l'exécution de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14 juillet 1994 et Arrêté Royal du 20 juillet 1971). Ce document pourra également être communiqué à l'INASTI. En application de la loi du 8 décembre 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'informations concernant le traitement de ces données vous pouvez vous adresser à la Commission pour la protection de la vie privée.

COMMUNICATIONS IMPORTANTES

1. Envoyez ce document le plus rapidement possible au médecin-conseil de votre mutualité.
2. Les inspecteurs de l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs indépendants (INASTI) sont habilités à effectuer sur place un contrôle spontané, soit de leur propre initiative, soit à la demande du médecin-conseil de votre organisme assureur. Si votre incapacité de travail dépasse une période d'un an, un contrôle systématique sera accompli par l'INASTI.
3. Si des modifications se produisaient durant la période de votre incapacité de travail au sujet des renseignements ci-dessus, vous êtes tenu de les communiquer immédiatement. Remarque : une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des sanctions pénales, conformément aux dispositions de l'Arrêté Royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat. Une déclaration fautive ou incomplète ou l'usage de celle-ci peut entraîner l'application d'une sanction administrative, à savoir l'exclusion du droit aux prestations de l'assurance maladie-invalidité (indemnités et/ou prestations de santé), conformément à l'Arrêté Royal du 10 janvier 1969.
4. Attention, si vous devez mettre fin à l'activité de l'entreprise en raison de votre incapacité de travail, vous pouvez introduire auprès de la Caisse d'assurances sociales une demande d'assimilation pension. De cette façon, vous pouvez sauvegarder pendant une période d'incapacité de travail vos droits dans le régime pension, sans devoir payer de cotisation. Contactez à temps votre Caisse d'assurances sociales.

AVIS DE REPRISE DE TRAVAIL

POUR TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS

À remettre ou à envoyer par le titulaire au médecin-conseil dans les 48 heures qui suivent la fin de l'incapacité de travail.

Identification du titulaire

- Nom : Prénom :
- Adresse (résidence) principale :
.....
- Organisme Assureur : Symbio, Mutualité Neutre 206
- Numéro d'affiliation :
- Numéro national (NISS) :
- Votre adresse actuelle (si elle est différente de votre résidence principale) :
.....
.....

Travailleur indépendant

ou

Conjoint aidant

Déclaration

Le soussigné informe le médecin-conseil qu'il a repris une activité professionnelle

à partir du / /

Date : / / Signature du travailleur indépendant :