

Madame, Monsieur,

Toute incapacité de travail doit être déclarée (via un certificat médical original) auprès de notre organisme selon un délai fixé par l'INAMI. Ce délai varie en fonction de votre qualité lors de votre incapacité :

- Employés : 28 jours
- Ouvriers : 14 jours
- Chômeurs : 48 heures
- Prolongation: 48 heures
- En cas de rechute : 48 heures

Si vous avez un doute, nous vous conseillons d'envoyer votre certificat médical endéans les 48 heures. Nous vous informons que tout retard entraînera une sanction de 10% sur vos indemnités. Lors de la déclaration de votre incapacité, nous devons être en possession d'un certificat médical original mentionnant le diagnostic.

Afin de pouvoir éventuellement bénéficier d'indemnités, veuillez nous faire parvenir la feuille de renseignements ci-jointe dûment complétée et signée par vous-même (volet titulaire).

Il y a également lieu de demander à votre employeur de nous fournir les données de la feuille de renseignements par flux électronique ZIMA001 via le portail de la sécurité sociale belge ou via son secrétariat social.

Si vous êtes indemnisé par le chômage, le document L500 nous parviendra normalement automatiquement par flux électronique.

Ces feuilles de renseignements peuvent être renvoyées par courrier, par mail à l'adresse indemnités@symbio.be ou déposées en agence. »

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments dévoués.

Le Service Indemnités.

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES – VOLET TITULAIRE

A compléter et à nous renvoyer par courrier, par mail à l'adresse indemnitees@symbio.be ou à déposer en agence.



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES

Volet titulaire

A compléter et à retourner à : Symbio, Mutualité Neutre
Boulevard Brand Whitlock, 87
1200 Woluwe-Saint-Lambert

I. A compléter par le titulaire :

Renseignements concernant le titulaire

1. Nom : Prénom :

2. Adresse : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

3. Numéro d'inscription auprès de l'O.A. : 206 -

3.b. Numéro de dossier :

4. Numéro NISS : - -

5. Date de début du risque : ... / ... /

6. Type de risque :

7. Etes-vous encore lié par un contrat de travail ? Oui Non

Si non, depuis quand le contrat de travail est-il rompu ? ... / ... /

Dénomination du dernier employeur :

Nom :

Adresse : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

8. Etes-vous en service auprès de plusieurs employeurs ? Oui Non

Si oui, nous avons besoin d'une feuille de renseignements (partie employeur) par employeur.

9. a) Avez-vous été licencié de votre emploi dans un service public ? Oui Non

b) Avez-vous acquis la qualité de travailleur salarié ou de chômeur contrôlé dans les 30 jours suivant votre démission en qualité d'agent statutaire ? Oui Non

10. Etiez-vous, lors du début de votre incapacité de travail, en séjour à l'étranger ? Oui Non

Si oui, depuis quand ? ... / ... / et jusqu'à quand ? ... / ... /

11. Bénéficiez-vous :

a) d'une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté comme ouvrier, employé ou mineur, accordée par une institution belge ou étrangère de sécurité sociale (1) ? Oui Non

b) d'une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté accordée par un pouvoir public, un organisme public, ou un organisme d'intérêt public (1) ? Oui Non

c) d'une rente, d'une allocation ou d'une indemnité pour accident de travail en vertu d'une législation belge ou étrangère ? Oui Non
Si oui, degré d'incapacité : %

d) d'une rente, d'une allocation ou d'une indemnité pour maladie professionnelle en vertu d'une législation belge ou étrangère ? Oui Non
Si oui, degré d'incapacité : %

e) d'un autre avantage, d'une indemnité d'invalidité, d'une pension ou d'une rente couverte en capital en vertu d'une législation belge ou étrangère ? Oui Non
Si oui, degré d'incapacité : %

f) d'une allocation d'handicapé ? Oui Non
Si oui, degré d'incapacité : %

(1) La pension de survie n'est pas visée. Nous attirons votre attention sur le fait que la législation « pensions » interdit le cumul d'une pension de retraite ou de survie avec les indemnités de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Si la réponse à une des questions ci-dessus sous les points a) à f) est « oui », répondez aux questions g) à j) :

g) Depuis quand bénéficiez-vous de cet avantage ? ... / ... / 1 2(*) ... / ... /

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

h) Quel en est le montant brut ? € €
par jour
par semaine
par mois
par trimestre
par année

i) Institution qui paie ces montants : Nom :

Adresse : N° : Bte :

Code Postal : Localité :

Numéro de dossier :

j) Pour les cas sous c) et e) a-t-on payé une partie ou l'entièreté de la rente en capital ? Oui Non

12. Exercez-vous encore une activité pendant votre incapacité ? Oui Non

Si oui, prenez d'urgence contact avec le Médecin-conseil de Symbio

13. Cette activité est-elle exercée :

- pour votre propre compte (indépendant) ? Oui Non

- dans les liens d'un contrat de travail ? Oui Non

- dans le cadre d'un mandat politique ? Oui Non

Texte libre :

.....

14. Votre inactivité est-elle la suite :

- d'un accident de travail ? Oui Non

Si oui, nous avons besoin de l'accord de la Compagnie d'assurances avant de pouvoir vous indemniser

- d'une maladie professionnelle ? Oui Non

- d'une autre maladie ? Oui Non

- d'un écartement temporaire du travail suite à une maladie contagieuse ? Oui Non

- d'un repos de maternité ? Oui Non

- d'un congé de naissance/adoption ? Oui Non

- d'un écartement partiel ou total du travail pendant la période de grossesse ou d'allaitement ? Oui Non

15. Etiez-vous en chômage contrôlé ? Oui Non

Si oui, mentionnez ci-après le nom et l'adresse de votre Caisse de Chômage :

.....

Adresse : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

Téléphone :

16. Travaillez-vous et chômez-vous simultanément ? Oui Non

17. Bénéficiez-vous d'une allocation de garantie de revenu ? Oui Non

18. Pour le titulaire en chômage complet au début de son incapacité de travail :

- avant d'acquérir la qualité de chômeur contrôlé, avez-vous bénéficié d'une indemnisation à charge du Fonds d'indemnisation des travailleurs licenciés en cas de fermeture d'entreprise ? Oui Non

- si non, avez-vous introduit une demande d'indemnisation auprès dudit organisme ? Oui Non

19. Etiez-vous chômeur complet contrôlé ou prépensionné et avez-vous repris le travail après le 30 juin 2000 alors que vous étiez âgé d'au moins 45 ans au moment de la reprise de travail ? Oui Non

Si oui, votre salaire actuel est-il moins élevé que le salaire pris en considération pour le calcul de l'allocation de chômage ou de l'indemnité de prépension ? Oui Non

20. Imputation du pécule de vacances : Le solde des jours de vacances à prendre peut être imputé :

durant la période (1) du ... / ... / au ... / ... /

21. Je désire que les paiements de mes indemnités s'effectuent :

Au compte financier : Code IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

Code BIC : _____

Compte au nom de :

Téléphone : E-mail :

22. Je déclare avoir repris le travail/chômage le : ... / ... /

23. Je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui interviendrait au cours de mon incapacité de travail ou de mon repos de maternité notamment en matière du droit à une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté, de prestations d'accident du travail, de maladie professionnelle ou provenant de tiers, de revenus professionnels, indemnités, allocations pour handicapés ou de toute autre ressource.

24. Je m'engage à signaler à ma mutualité que je bénéficie d'une indemnité de rupture de contrat si mon contrat de travail est rompu durant mon incapacité de travail.

25. J'ai connaissance du fait que les déclarations fausses ou incomplètes donnent lieu à des sanctions et à des poursuites judiciaires.

26. J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait le : ... / ... /, à

Signature :

Ces données sont nécessaires à votre mutualité pour l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14 juillet 1994). En application de la loi du 08/12/1992 (protection de la vie privée), vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. Si vous souhaitez faire usage de cette faculté, veuillez vous adresser par écrit à votre mutualité.

Pour plus d'informations, concernant le traitement de ces données, vous pouvez vous adresser à la Commission de la protection de la vie privée (loi du 08/12/1992).

(1) A compléter uniquement si vous avez la qualité d'ouvrier. Si vous ne choisissez pas une période d'imputation, les jours de vacances seront, comme pour les employés, imputés automatiquement dans le courant du mois de décembre de l'année de vacances.

INSTRUCTIONS POUR LE TITULAIRE

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

En vertu de la législation sur l'assurance maladie-invalidité, vous devez signaler votre incapacité de travail au Médecin-conseil en utilisant un certificat médical dans tous les cas d'incapacité de travail.

PROCEDURE

1. Remplissez lisiblement et complètement toutes les rubriques de la case supérieure du certificat d'incapacité de travail.
2. Demandez à votre médecin traitant de compléter le certificat.
3. Expédiez le certificat médical original au Médecin-conseil. Vous pouvez aussi remettre personnellement le certificat au cabinet du Médecin-conseil contre accusé de réception.

ATTENTION : un délai doit être respecté. Ce délai dépend de votre situation d'emploi :

- Si vous bénéficiez du salaire garanti pendant 30 jours (cas des employés engagés selon un contrat d'emploi à durée indéterminée dont la période d'essai est terminée), le certificat d'incapacité de travail doit être envoyé au plus tard le 28^{ème} jour à partir du début de l'incapacité.
 - Si vous bénéficiez du salaire garanti pendant 14 jours (cas des ouvriers engagés, selon un contrat d'emploi à durée indéterminée dont la période d'essai est terminée), le certificat d'incapacité de travail doit être envoyé au plus tard le 14^{ème} jour à partir du début de l'incapacité.
 - S'il y a rechute (c'est-à-dire si une incapacité recommence moins de 14 jours après la fin de la période d'incapacité précédente) et que la durée totale (période d'incapacité précédente + période de reprise de travail + nouvelle période d'incapacité) excède la période de salaire garanti visée précédemment, vous êtes tenu de renvoyer sans délai, outre le certificat couvrant la rechute, le (ou les) certificat(s) couvrant la (ou les) période(s) d'incapacité précédente(s).
 - Les autres situations (chômeur, cadre spécial temporaire, stagiaire, chômeur mis au travail, employé ou ouvrier en période d'essai, travailleur intérimaire, ...) requièrent généralement un délai d'envoi du certificat beaucoup plus court (parfois seulement 48 heures). Il est donc vivement recommandé de vous renseigner au plus tôt sur vos droits et obligations en rapport avec votre situation exacte.
4. Le Médecin-conseil vous avertira de sa décision et vous convoquera éventuellement pour un examen médical. Vous ne pouvez quitter l'adresse indiquée sur le certificat qu'APRES avoir reçu la reconnaissance de votre incapacité par le Médecin-conseil, et en l'avertissant.
 5. Si vous reprenez le travail entre-temps, vous devez en informer immédiatement le Médecin-conseil.
 6. En cas de rechute (intervenant en dehors de la période de salaire garanti) c'est-à-dire, lorsque vous avez repris le travail, ne serait-ce qu'une partie de la journée et que vous êtes à nouveau dans l'impossibilité de travailler, vous devez dans ce cas faire parvenir un NOUVEAU certificat au Médecin-conseil dans les deux jours suivant la date de la rechute quel que soit votre type de contrat de travail et même si vous avez eu droit à 14 ou 30 jours payés par votre employeur.
 7. En cas de prolongation de l'incapacité, lorsque votre incapacité a été reconnue par le Médecin-conseil, il est inutile d'envoyer à ce dernier un (ou des) certificat(s) concernant la prolongation de l'invalidité.

Respectez ces règles, il y va de votre intérêt !

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES – VOLET EMPLOYEUR

ATTENTION : les feuilles de renseignements partie employeur ci-jointes sont transmises à titre informatif. En effet, votre employeur doit envoyer ces documents par flux électronique via le portail de la sécurité sociale belge.



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES

Volet employeur

A compléter et à retourner à : Symbio, Mutualité Neutre
Boulevard Brand Whitlock, 87
1200 Woluwe-Saint-Lambert

I. A compléter par le titulaire :

Renseignements concernant le titulaire

1. Nom : Prénom :
2. Adresse : N° : Bte : ...
Code Postal : Localité :
3. Numéro d'inscription auprès de l'O.A. : 206 -
- 3.b. Numéro de dossier :
4. Numéro NISS : - -
5. Date de début du risque : ... / ... /
6. Type de risque :

II. A compléter par l'employeur : (1) (2)

7. Dénomination de l'employeur ou l'entreprise :

Nom :

Adresse : N° : Bte : ...

Code Postal : Localité :

8. Numéro d'inscription à l'O.N.S.S. ou à l'O.N.S.S. - -
des administrations locales et provinciales,
ou numéro unique d'entreprise :

(1) Veuillez consulter les « directives à l'usage des employeurs » que vous retrouvez sur le site de l'INAMI.

(2) L'employeur est légalement tenu (art. 70 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994) de remplir la feuille de renseignements lorsque l'incapacité de travail débute au plus tard le 14^{ème} jour suivant la dernière journée de travail. Ce délai est suspendu durant une période de vacances annuelles, pour autant que cette période se situe immédiatement après la fin de l'occupation ainsi que durant la période pendant laquelle le titulaire est appelé ou rappelé sous les drapeaux. L'employeur est également tenu de remplir la feuille de renseignements lorsque le titulaire est, lors de la survenance de son incapacité de travail, au bénéfice d'une indemnité pour rupture de contrat, une indemnité d'attente pour fermeture d'entreprise ou d'une indemnité pour licenciement collectif.

(3) A compléter uniquement si la rupture du contrat survient durant le trimestre précédant celui de la réalisation du risque ou durant le trimestre en cours.

9. Personne de contact auprès de l'employeur ou du secrétariat social :

.....

Téléphone : Fax :

E-mail :

10. L'intéressé était-il au début du risque :

- un ouvrier un employé un apprenti
 un ouvrier mineur occupé dans le secteur de la construction un artiste

11. Si l'intéressé(e) a droit à la date de début du risque à une indemnité pour rupture de contrat (3) :

- Donnez-en la période : du ... / ... / au ... / ... /
 - Si cette indemnité n'a pas encore été payée, donnez-en la raison :
-

12. a) A quelle date le risque a-t-il débuté ? ... / ... /

b) Quel était son dernier jour de travail ? ... / ... /

c) En cas de rechute, mentionnez la date de début du risque initial ? ... / ... /

d) Quel était le dernier jour de travail (avant le risque initial) ? ... / ... /

13. Nature du risque :

- Maladie
 Accident du travail
 Accident autre qu'un accident du travail
 Maladie professionnelle
 Repos de maternité
 Congé de paternité (art.39 al. 6 loi 16/03/1971 sur le travail)
 Congé de naissance (art.30 §2, loi sur les contrats de travail)
 Congé d'adoption (art.30ter, loi sur les contrats de travail)
 Protection de la maternité : Eloignement complet du travail
 Protection de la maternité : Eloignement partiel du travail

14. REMUNERATION PERDUE :

- Si l'intéressé(e) est en interruption de carrière complète ou partielle, indiquez les données au premier jour de la réalisation du risque comme si le travailleur n'avait pas interrompu sa carrière ou réduit ses prestations.
- Si l'intéressé(e) est en prépension à mi-temps, indiquez les données comme si le risque avait débuté le jour qui précède la prépension à mi-temps.
- Pour les enseignants temporaires, mentionnez la rémunération annuelle brute au premier jour du risque adaptée en fonction de la fraction horaire. Veuillez nous annexer une copie de la fiche de rémunération reprise sur le listing de paiement.
- Il n'y a pas lieu de compléter cette rubrique pour un travailleur rémunéré à la tâche, à la pièce, à l'entreprise ou à la commission.
- Pour les apprentis industriels, cette rubrique doit être complétée en tenant compte de l'indemnité d'apprentissage auquel ils auraient pu prétendre le premier jour du risque.

14.1. Unité de temps de la rémunération : heure jour semaine
 mois trimestre année

14.2. Cycle (uniquement lorsque la rémunération est variable) :

14.3. Nombre de jours par semaine (régime de travail) :

14.4. Montant de base de la rémunération : EUR

14.5. Montant de base de la rémunération – travailleur payé à l'heure : EUR

14.6. Nombre moyen d'heures par semaine du travailleur concerné (Q) :

14.7. Nombre moyen d'heures par semaine de la personne de référence (S) :
(uniquement pour le travailleur intérimaire ou saisonnier)

14.8. Unité de temps de la rémunération des heures supplémentaires régulièrement prestées :

semaine mois trimestre année

14.9. Montant de la rémunération des heures supplémentaires régulièrement prestées :

..... EUR

14.10. L'intéressé bénéficie-t-il encore d'avantages en nature pendant le risque : oui Non

Si oui : - Pour quelle période : du ... / ... / au ... / ... /

- Montant par jour ouvrable : EUR

15. SITUATIONS PARTICULIERES :

Pour les titulaires en interruption de carrière (complète ou partielle) et les titulaires en prépension à mi-temps qui bénéficient d'allocations de chômage conformément à l'arrêté royal du 30 juillet 1994 relatif à la prépension à mi-temps :

L'employeur doit également compléter les rubriques 7 à 14 qui précèdent.

Le travailleur est :

- en interruption de carrière complète
 en interruption de carrière partielle
 en prépension à mi-temps

Mentionnez suivant le cas :

- a) La période d'interruption de la carrière professionnelle durant laquelle le titulaire bénéficie de l'allocation d'interruption :

du ... / ... / au ... / ... /

- b) La date à laquelle a pris cours la prépension à mi-temps : ... / ... /

Pour le titulaire **en interruption de carrière partielle**, ainsi que **l'ouvrier en prépension à mi-temps** qui ne bénéficie pas du salaire garanti durant trente jours, complétez les rubriques ci-dessous en y indiquant les données à temps partiel au premier jour de la réalisation du risque (1) :

15.1. Unité de temps de la rémunération : heure jour semaine
 mois trimestre année

15.2. Cycle (uniquement lorsque la rémunération est variable) :

15.3. Nombre de jours par semaine (régime de travail) :

15.4. Salaire brut à temps partiel : EUR

15.5. Salaire brut à temps partiel – travailleur payé à l'heure : EUR

15.6. Si le travailleur est rémunéré par heure, indiquez le nombre moyen d'heures par semaine :

Nombre moyen d'heures par semaine du travailleur concerné (Q) :

(1) Le montant de la rémunération avant la prépension à mi-temps ou le montant de la rémunération non réduite (pour les titulaires en interruption de carrière partielle) est mentionné à la rubrique 14 (voir texte dans l'encadré).

Pour les gardiens d'enfants visés à l'article 3, 9°, de l'arrêté royal du 28 novembre 1969 portant exécution de la loi du 27 juin 1969 :

Le service d'accueil agréé doit également compléter les rubriques 7 à 13 qui précèdent.

- a) Si le titulaire était occupé en la qualité précitée pendant tout le trimestre précédant le trimestre de la réalisation du risque, mentionnez :
- Le nombre total d'heures de travail et heures assimilées de ce trimestre (1) :
.....
- b) Si le titulaire était occupé en cette qualité depuis une durée inférieure à la période visée sous a), mentionnez :
- La date de début de l'occupation comme gardien d'enfant : ... / ... /
 - Le nombre total d'heures de travail et heures assimilées jusqu'à la date de début du risque (1) :
.....

16. PERIODE DE REFERENCE : Période et jours à charge de l'employeur :

- a) Complétez la grille à la page suivante, en mentionnant, en regard de chaque jour, les codes adéquats décrits sous la grille (codes nature du jour) :
- Si le salaire garanti a été payé ou n'a pas été ou ne sera pas payé;
 - Si l'intéressé a droit au salaire pour un ou plusieurs jours fériés légaux ou de remplacement pendant les trente premiers jours du risque;
 - Si l'intéressé est en vacances au début du risque;
 - Si l'intéressé a subi des rechutes successives couvertes par le salaire garanti, veuillez mentionner les périodes successives de salaire garanti (au moyen du code nature du jour correspondant) et de reprise du travail (au moyen du code 1) ou du chômage temporaire (au moyen du code 5).

Les jours comportant un code identique peuvent être regroupés par période.

- b) Pour le travailleur en congé de naissance visé à l'article 30, §2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail :
- Indiquez dans la grille ci-dessous, les dates des dix jours de congé de naissance en mentionnant d'abord les journées rémunérées par l'employeur (au moyen du code « 1 »), et ensuite, les autres journées (au moyen du code « 6.10 »).
 - Complétez également les rubriques 7 à 16 qui précèdent et la rubrique 18 qui suit.
- c) Pour le travailleur en congé d'adoption visé à l'article 30ter de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail :
- Indiquez dans la grille ci-dessous, la période couverte par le congé d'adoption en mentionnant d'abord les journées rémunérées par l'employeur (au moyen du code « 1 »), et ensuite le solde de la période (au moyen du code « 6.11 »).
 - Complétez également les rubriques 7 à 16 qui précèdent et la rubrique 18 qui suit.

d) GRILLE :

	J	J	M	M	A	A	A	A		J	J	M	M	A	A	A	A	Code-chiffre *			
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												
du									à												

* CODE NATURE DU JOUR CHIFFRE

1. Jours rémunérés (à l'exception des jours rémunérés mais non prestés visés ci-dessous)
 - 2.1. Absence avec rémunération journalière garantie pour cause d'incapacité de travail
 - 2.4. Rémunération garantie première et deuxième semaines (ouvrier)
 - 2.6. Rémunération mensuelle garantie (employé)
 - 2.8. Jour de carence
3. Vacances légales, vacances complémentaires, vacances en vertu d'une convention collective de travail rendue obligatoire, vacances jeunes et vacances seniors
4. Jours de remplacement de jours fériés
5. Chômage temporaire en dehors de périodes d'incapacité de travail

Absence pour incapacité de travail pour laquelle le salaire garanti n'est pas payé :

- 6.5. Absence pour incapacité de travail pour laquelle le salaire garanti n'est pas payé en raison de chômage temporaire
 - 6.6. Absence pour incapacité de travail pour laquelle le salaire garanti n'est pas payé pour cause de rechute
 - 6.7. Absence pour incapacité de travail pour laquelle le salaire garanti n'est pas payé pour cause de vacances annuelles collectives
 - 6.1. Absence pour incapacité de travail pour laquelle le salaire garanti n'est pas payé pour d'autres motifs que ceux visés ci-dessus
-
- 6.10. Congé de naissance visé par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail par la loi du 1^{er} avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure (seulement les 7 derniers jours à charge du secteur indemnités) et pause-allaitement
 - 6.11. Congé d'adoption visé par la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail par la loi du 1^{er} avril 1936 sur les contrats d'engagement pour le service des bâtiments de navigation intérieure (seulement la période à charge du secteur indemnités)
 7. Absence ou congé sans solde
 9. Jours d'absence pour soins d'accueil

17. VEUILLEZ MENTIONNER LES DONNEES DU (OU DES) TRIMESTRE(S) DE REFERENCE EN TENANT COMPTE DES REMARQUES CI-DESSOUS :

a) Veuillez mentionner ci-dessous (colonne A) les données du trimestre qui précède le trimestre au cours duquel a débuté le risque.

b) Les données du trimestre au cours duquel a débuté le risque doivent être complétées (colonne B) dans les cas suivants:

- Pour un travailleur intérimaire ou saisonnier qui a acquis cette qualité depuis une durée inférieure aux quatre périodes de précompte précédant le trimestre de la survenance du risque.
- Pour les travailleurs pour lesquels le droit aux prestations est ouvert sur base de l'accomplissement du stage (sur demande de la mutualité).
- Pour les travailleurs rémunérés à la tâche, à la pièce, à l'entreprise ou à la commission qui ont acquis ladite qualité durant le trimestre en cours.

	A	B
17.1. Trimestre	du ... / ... /	du ... / ... /
	au ... / ... /	au ... / ... /
17.2. Nombre de jours par semaine du régime de travail (1)	.....	.....
17.3. Nombre de jours de prestations (2)	.....	.....
17.4. Nombre d'heures de prestations (3)	.....	.....
17.5. Nombre de jours de vacances légales et complémentaires des ouvriers	.....	.....
17.6. Nombre de jours de vacances des ouvriers en vertu d'une C.C.T. rendue obligatoire	.....	.....
17.7. Nombre d'heures de vacances légales et complémentaires des ouvriers (3)	.....	.....
17.8. Nombre d'heures de vacances des ouvriers en vertu d'une C.C.T. rendue obligatoire (3)	.....	.....
17.9. Rémunération (4) € €
17.10. Uniquement pour le personnel enseignant temporaire (cocher si d'application) :		
• Payé en 10èmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Payé en 12èmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.11. Uniquement pour les travailleurs rémunérés à la tâche, à la pièce, à l'entreprise et pour les travailleurs rémunérés totalement ou partiellement à la commission : Nombre de jours assimilés à des jours de travail qui ne sont pas rémunérés totalement :	.....	.....

(1) Il s'agit du nombre de jours par semaine du régime de travail fixe (1, 2,3, 4, ..., 7) ou du nombre moyen de jours par semaine déterminé sur base du cycle complet de travail, si le régime de travail hebdomadaire est variable.

(2) Par prestations, il y a lieu d'entendre les jours de travail effectif normal, de prestations supplémentaires sans repos compensatoires, de repos compensatoire, les jours couverts par une rémunération garantie, les jours de petits chômages, les jours de congé-éducation payés, les jours de vacances légales et complémentaires des employés, les jours fériés légaux et de remplacement et tous les autres jours d'absence avec maintien de la rémunération soumise aux cotisations O.N.S.S., les jours d'absence pour suivre des cours de promotion sociale, exercer une fonction de juge ou de conseiller en matière sociale, les jours de grève et de lock-out et les jours de congé non rémunérés pour raisons impérieuses sans maintien de la rémunération à concurrence de dix jours par année civile. Pour les gardiens d'enfants, veuillez mentionner les jours de travail, les jours de vacances non rémunérés (max. 20 jours) et les jours fériés légaux.

(3) A compléter uniquement s'il s'agit d'un travailleur à temps partiel, d'un travailleur saisonnier, intermittent, d'un apprenti lié par un contrat d'apprentissage des professions exercées par des travailleurs salariés ou d'un gardien d'enfants.

(4) Montant de la rémunération sur laquelle des cotisations ont été retenues, limité au plafond prévu dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités.

17.12. a) L'intéressé(e) est-il (cocher si d'application) :

un travailleur intérimaire ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
un travailleur saisonnier ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
payé à la tâche, à la pièce, à l'entreprise ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
payé totalement ou partiellement à la commission ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

b) Dans l'affirmative, veuillez indiquer la date à laquelle l'intéressé a acquis la qualité visée sous le point a), si cette date se situe au plus tôt le premier jour du trimestre qui précède celui de la réalisation du risque :

le ... / ... /

18. REPRISE DU TRAVAIL :

Date de reprise du travail : ... / ... /

Fait le : ... / ... /, à

Signature :