

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
- 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) et par votre employeur (volet employeur). Si vous êtes au chômage, votre organisme de paiement nous fera parvenir un document électronique, vous devez donc nous faire parvenir uniquement le volet titulaire.

Nous attirons votre attention sur le fait que la partie complétée par vous-même doit absolument nous être retournée en original ; et n'oubliez pas de nous avvertir lorsque vous reprendrez le travail ou le chômage.

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

Le Service Indemnités.

FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES



FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITES

Volet titulaire

A compléter et à retourner à : Symbio, Mutualité Neutre
Avenue de Tervueren 68-70
1040 Etterbeek

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 suivants 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. Bénéficiiez-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 prépensionné ? 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 présente(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 quelque 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 !

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 dans le secteur de l'HORECA :

..... EUR

14.10. Période de référence pour les (autres) heures supplémentaires (4)

- soit trimestre complet : trimestre 20 ... - - - - -

- soit trimestre incomplet : du .. / .. / 20 .. au .. / .. / 20 ... -

14.11. Montant de la rémunération des (autres) heures supplémentaires :

14.12. 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 :

15.1 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 relatifs 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 intrruption 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 onnées 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 larémunération 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) :

15.2 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

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 (6):

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'enfants:/...../.....

- le nombre total d'heures de travail et heures assimilées jusqu'à la date de début du risque (6):.....

15.3 Pour les travailleurs rémunérés à la tâche ou les travailleurs à domicile payés à la pièce ou à l'entreprise

a) si le titulaire était occupé en la qualité susvisée pendant tout ou partie du trimestre précédant celui du risque, mentionnez pour cette période:

- la rémunération brute :

- le nombre de jours assimilés à des jours de travail qui ne sont pas rémunérés normalement (7) :

- la date à laquelle il a acquis la qualité de titulaire susvisé (si celle-ci est postérieure au début du trimestre précédant celui du risque) :

b) si le titulaire a acquis la qualité susvisée au cours du trimestre de la réalisation du risque, mentionnez pour cette période (jusqu'au jour du risque):

- la rémunération brute :

- le nombre de jours assimilés à des jours de travail qui ne sont pas rémunérés normalement (7) :

- la date à laquelle il a acquis la qualité de titulaire susvisé (si celle-ci est postérieure au début du trimestre au cours duquel a débuté le risque) :

15.4. Pour les travailleurs payés totalement ou partiellement par commissions

a) si le titulaire était occupé en la qualité susvisée pendant tout ou partie des quatre trimestres précédant celui du risque, mentionnez pour cette période :

- la rémunération brute :

- le nombre de jours assimilés à des jours de travail qui ne sont pas rémunérés normalement (7) :

- la date à laquelle il a acquis la qualité de titulaire susvisé (si celle-ci est postérieure au début du 4ème trimestre précédant celui du risque) :

b) si le titulaire a acquis la qualité susvisée au cours du trimestre de la réalisation du risque, mentionnez pour cette période (jusqu'au jour du risque) :

- la rémunération brute :

- le nombre de jours assimilés à des jours de travail qui ne sont pas rémunérés normalement (7) :

- la date à laquelle il a acquis la qualité de titulaire susvisé (si celle-ci est postérieure au début du trimestre au cours duquel a débuté le risque) :

(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 mentionnée à la rubrique 14 (voir texte dans l'encadré).

(4) - *Tout ou partie du T-2, T-1 ou TO, en fonction de la date de début de l'occupation dont la rémunération est déclarée ci-dessus (et de la date de réalisation du risque pour le TO).*

(5) *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).*

(6) *Les heures des jours qui n'ouvrent pas de droits sociaux ne peuvent être prises en considération.*

(7) *Il s'agit des jours de vacances légales des ouvriers, des jours pendant lesquels le travailleur exerce une fonction de juge ou de conseiller social, des jours de grève et de lock-out, des jours d'absence non rémunérés accordés pour des raisons impérieuses à concurrence de dix jours par année civile, des jours de la seconde semaine de salaire garanti des ouvriers, du premier jour d'absence pour cause d'intempéries dans le secteur de la construction (pour cette journée, le travailleur reçoit la moitié de sa rémunération normale), des jours de promotion sociale, des jours de repos compensatoire du secteur de la construction, des jours d'absence sans maintien de la rémunération par suite de congé prophylactique visés à l'article 239, § 1er, de l'AR du 3 juillet 1996, des jours d'éloignement complet du travail en tant que mesure de protection de la maternité, des jours de congé pour soins d'accueil visés à l'article 30quater de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail, et des jours de vacances supplémentaires en cas de début ou de reprise d'activité visés à l'article 17bis des lois coordonnées le 28 juin 1971.*

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.

6/8 Volet employeur

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 | | | | | | | | | | | |

* 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

18. REPRISE DU TRAVAIL :

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

Fait le : ... / ... /, à

Signature :