

Madame, Monsieur,

Toute incapacité de travail doit être déclarée (via un certificat médical original avec un diagnostic) 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 en annexe 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 automatiquement par flux électronique.

Cette feuille de renseignements peut être renvoyée par courrier, par mail à l'adresse indemnitees@symbio.be ou déposée 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 retourner complété à : Symbio, Mutualité Neutre
Boulevard Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert

Ou à l'adresse e-mail suivante: indemnites@symbio.be

1. Données personnelles

1.1. Nom : Prénom.....

1.2. Adresse : N° : Bte :

Code Postal : Localité :

1.3. Pays :

1.4. Numéro de registre national : - -

1.5. VIGNETTE :

1.6. Numéro de téléphone: /

1.7. Adresse e-mail:@.....

2. Risque : incapacité de travail, repos de maternité, écartement du travail, congé de paternité ou de naissance, congé d'adoption ou congé parental d'accueil

2.1. Depuis quand le risque a-t-il commencé ? / / (jj / mm / aaaa)

2.2. De quel risque s'agit-il ?

- | | |
|---|---|
| <input type="radio"/> une maladie professionnelle ? | <input type="radio"/> une autre maladie ? |
| <input type="radio"/> un accident du travail ? | <input type="radio"/> un autre accident ? |
| <input type="radio"/> un repos de maternité ? | <input type="radio"/> un congé de paternité ou de naissance ? |
| <input type="radio"/> un congé d'adoption ? | <input type="radio"/> un écartement partiel ou total du travail pendant une période de grossesse ou d'allaitement ? |
| <input type="radio"/> un congé parental d'accueil ? | |

2.3. Étiez-vous, lors du début du risque, en séjour à l'étranger ? **OUI / NON**

→ Si OUI, dans quel pays avez-vous séjourné ?

Date de début: / / (jj / mm / aaaa)

Date de fin: / / (jj / mm / aaaa)

2.4. Êtes-vous toujours en incapacité de travail ? **OUI / NON**

→ Si NON,

Je déclare avoir repris le travail /le chômage le / / (jj / mm / aaaa)

3. Situation préalable au risque

3.1. Êtes-vous encore lié par un contrat de travail ? **OUI / NON**

→ Si OUI, êtes-vous occupé chez plusieurs employeurs ? **OUI / NON**

→ Si NON,

- depuis quand le contrat de travail est-il rompu ? / / (jj / mm / aaaa)

- êtes-vous chômeur contrôlé ? **OUI / NON**

3.2. Complétez les coordonnées des employeurs pour lesquels vous avez travaillé pendant la période de 30 jours précédant le risque :

| | <i>Nom & adresse de l'employeur</i> | <i>S'agit-il d'un « Flexijob » ou d'un travail occasionnel dans l'horeca ?</i> |
|----|---|--|
| 1. | | OUI / NON |
| 2. | | OUI / NON |
| 3. | | OUI / NON |

3.3. Êtes-vous, ou avez-vous été pendant la période de 12 mois précédant le risque, employé comme fonctionnaire nommé ?

OUI / NON

→ Si OUI, avez-vous donné volontairement votre démission ou avez-vous pris congé sans solde pour raisons personnelles **ET** avez-vous obtenu dans les 30 jours qui ont suivi cette démission ou au début de ce congé sans solde pour raisons personnelles la qualité de travailleur ou de chômeur contrôlé ?

OUI / NON

4. Exercice d'une activité pendant le risque

4.1. Avez-vous arrêté **TOTALEMENT TOUTES** les activités depuis le début du risque ?

(p. ex. : travail d'indépendant à titre complémentaire, mandat politique, etc.)

OUI / NON

→ **Si NON, PRENEZ LE PLUS RAPIDEMENT POSSIBLE CONTACT AVEC NOUS !**

ATTENTION : Vous pouvez partiellement reprendre une/des activité(s) pendant votre incapacité de travail mais vous devez impérativement **demander l'autorisation du médecin-conseil** au moins un jour ouvrable **préalablement** à la reprise partielle. Pour une reprise partielle en tant qu'indépendant, il est impératif de demander l'autorisation au médecin-conseil et d'attendre l'accord de celui-ci avant la reprise des activités.

5. Avantages, rentes et pensions

Recevez-vous :

| | |
|--|------------------|
| A. une pension de retraite, de vieillesse ou d'ancienneté belge et/ou étrangère | OUI / NON |
| B. une rente, allocation ou indemnité belge et/ou étrangère pour accident du travail et/ou maladie professionnelle | OUI / NON |
| C. une allocation pour personne handicapée → Si OUI, précisez: | OUI / NON |
| • une allocation d'intégration | OUI / NON |
| • une allocation de remplacement de revenus | OUI / NON |
| D. une pension de survie belge et/ou étrangère | OUI / NON |
| E. une allocation de transition | OUI / NON |
| F. une indemnisation du Fonds d'indemnisation des travailleurs licenciés en cas de fermeture d'entreprises (FFE)* | OUI / NON |
| G. un autre avantage belge et/ou étranger que celui mentionné précédemment (par exemple une indemnité d'invalidité, une pension, une rente convertie en capital, ...) | OUI / NON |

* Cochez cette option si vous ne recevez pas encore d'indemnisation alors que vous avez bien introduit une demande auprès du FFE.

Si options **A.**, **B.** et/ou **G.**, complétez pour chaque avantage que vous recevez :

| Avantage | EXEMPLE | 1 | 2 | 3 |
|---|--|---|---|---|
| Type (entourez) | A. B. / G. | A. / B. / G. | A. / B. / G. | A. / B. / G. |
| Organisme de paiement belge ou étranger | FEDRIS | | | |
| Quel est le degré d'incapacité ? (%)** | 10 % | | | |
| Depuis quand recevez-vous l'avantage ? | 1/5/2017 | | | |
| Quel est le montant brut ? | 7 EUR | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par an | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par an | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par an | <input type="checkbox"/> par jour <input type="checkbox"/> par semaine <input type="checkbox"/> par mois <input type="checkbox"/> par trimestre <input type="checkbox"/> par an |
| Si B. / G. : La rente a-t-elle été convertie en capital partiellement ou totalement ? | OUI / NON | OUI / NON | OUI / NON | OUI / NON |

** excepté pensions étrangères ET uniquement en cas de rente

Je m'engage à signaler immédiatement toute modification qui interviendrait pendant le risque 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, d'indemnités, d'allocations pour handicapés ou de toute autre ressource.

Je m'engage également à signaler à ma mutualité que je bénéficie d'une indemnité de rupture de contrat si mon contrat de travail est rompu pendant le risque.

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

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

Fait à _____

Le ____ / ____ / 20____

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 le 14 juillet 1994).

En application de la réglementation sur le traitement des données à caractère personnel, vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. Pour plus d'informations concernant le traitement des données, vous pouvez vous adresser à l'autorité de protection des données.