

# Questionnaire de l'activité professionnelle - indépendant



Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur [www.helan.be/dossier-indemnite](http://www.helan.be/dossier-indemnite)

Vous ne pouvez pas le faire numériquement ?

Alors, vous pouvez l'envoyer par courrier (Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk).

Étant donné que vous avez déclaré une incapacité de travail, le médecin-conseil de votre mutualité vous prie de bien vouloir compléter le questionnaire suivant. Les renseignements communiqués dans ce questionnaire permettront de juger si vous avez bien cessé toutes vos activités professionnelles. Cette condition est nécessaire pour reconnaître votre incapacité de travail.

Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce questionnaire, n'hésitez pas à faire appel à votre mutualité, votre caisse d'assurance ou votre comptable.

Attention ! Ce questionnaire doit être rempli si votre activité indépendante est toujours active au moment du début de l'incapacité de travail. Si votre statut a changé, veuillez nous contacter afin que nous puissions apporter les ajustements nécessaires à votre dossier.

## Communications importantes !

1. Complétez ce document et renvoyez-le le plus rapidement possible au médecin-conseil de votre mutualité. Si l'espace prévu pour répondre est insuffisant ou si vous souhaitez mentionner des informations complémentaires, vous avez la possibilité de joindre des annexes. N'oubliez pas de mentionner sur la dernière page de ce questionnaire le nombre d'annexes que vous joignez en indiquant sur l'annexe le numéro de la rubrique concernée.
2. Attention ! Vous ne pouvez être reconnu(e) comme étant incapable de travailler que si vous avez bien cessé toutes vos activités professionnelles.

La simple exécution de tâches résiduelles (activités minimales) telles que la facturation d'activités effectuées avant le début de l'incapacité de travail, les contacts avec la clientèle en vue de déplacer ou d'annuler des rendez-vous en raison de l'incapacité de travail... reste néanmoins possible.

Vous ne pouvez en outre exercer une autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité (par exemple comme travailleur salarié).

Si, après la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, vous souhaitez reprendre votre activité ou une autre activité partiellement, vous devez pour cela toujours obtenir l'autorisation préalable du médecin-conseil.

3. Les inspecteurs sociaux de l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (INASTI) sont habilités à effectuer des contrôles sur place (à votre domicile ou au siège de l'entreprise).
4. Si, pendant votre incapacité de travail, des changements devaient intervenir concernant des données que vous aurez transmises dans ce questionnaire, vous devez les communiquer immédiatement.
5. Attention ! Si, en raison de votre incapacité de travail, vous devez cesser totalement l'activité de votre entreprise, temporairement ou définitivement, vous pouvez introduire auprès de votre caisse d'assurance sociale une demande d'assimilation des périodes d'incapacité de travail. Vous conserverez ainsi tous vos droits comme travailleur indépendant (pension, allocations familiales...) et vous ne devrez pas payer de cotisations sociales. Vous devez introduire vous-même cette demande d'assimilation auprès de votre caisse d'assurance sociale.

## 1. Identification indépendant

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Numéro national : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Caisse d'assurance sociale : \_\_\_\_\_

## 2. Identification de l'entreprise ou des entreprises juste avant votre incapacité de travail

1. L'activité de l'entreprise s'effectuait-elle ...

a) en votre propre nom comme travailleur indépendant ?

OUI. Complétez le tableau ci-dessus.

NON. Passez directement à la question suivante.

Numéro BCE	Description de l'entreprise (activités, nature, superficie, ...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée	Nombres d'autres personnes associées à l'activité de l'entreprise (statut)
			1. Travailleurs salariés :
			2. Conjoint(e) aidant(e) / aidants :
			3. Autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, freelances, ...) :

b) comme conjoint-aidant ?

OUI. Complétez le tableau ci-dessus.

NON. Passez directement à la question c.

Description de l'entreprise (activités, nature, superficie, ...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée

c) comme aidant ?

OUI. Complétez le tableau ci-dessus.

NON. Passez directement à la question suivante.

Numéro BCE de la personne aidée ou identité de la personne aidée (si le numéro BCE est inconnu)	Description de l'entreprise (activités, nature, superficie, ...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée



\*K002211D0000000595157700\*

d) au sein d'une société ?

- OUI. Complétez le tableau ci-dessus.  
 NON. Passez directement à la question suivante.

Numéro BCE	Description de l'entreprise (activité, nature, superficie, ...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée	Nombre d'autre personnes associées à l'activité de l'entreprise (statut)
			1. Travailleurs salariés : ..... .....
			2. Associés actifs/mandataires (gérants, administrateurs, ...) : ..... .....
			3. Autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, freelances, ...) : ..... .....
Numéro BCE	Description de l'entreprise (activité, nature, superficie, ...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée	Nombre d'autre personnes associées à l'activité de l'entreprise (statut)
			1. Travailleurs salariés : ..... .....
			2. Associés actifs/mandataires (gérants, administrateurs, ...) : ..... .....
			3. Autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, freelances, ...) : ..... .....

2. Exercez/exerciez-vous également une activité à l'étranger ?

- OUI.  
 Comme travailleur indépendant  
 Comme travailleur salarié  
 Autre

*Décrivez ci-dessous aussi complet que possible cette/ces activité(s), l'entreprise et chaque fois l'adresse où l'activité personnelle est exercée :*

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

- NON. Passez directement à la question suivante.

### 3. Description de la formation (professionnelle) suivie et de la carrière professionnelle

**Attention !** Pour permettre au médecin-conseil de prendre sa décision, il est nécessaire de mentionner ci-après la/les formation(s) (professionnelle(s)) que vous avez suivie(s) et votre carrière professionnelle. Il est également requis de mentionner les diplômes ou certificats qui sont nécessaires pour « l'accès à la profession » (par exemple un certificat en matière de gestion d'entreprise).

#### 1. Formation professionnelle

Études/formation (professionnelle)	Diplôme / certificat / attestation 'accès à la profession' obtenus ?	Année du diplôme / du certificat / de l'attestation 'accès à la profession'
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

#### 2. Carrière professionnelle complète

Profession : description des tâches	Du	Au	Particularités: (e.a. pays où la profession est/a été exercée)
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....	

### 4. Description de l'activité/des tâches personnelle(s) dans l'entreprise/les entreprises immédiatement AVANT le début de votre incapacité de travail

**Attention !** Pour permettre au médecin-conseil de prendre sa décision, il est nécessaire de décrire en détail en quoi consistaient toutes les activités professionnelles indépendantes personnelles que vous exerciez au sein de l'entreprise/des entreprises avant le début de l'incapacité de travail.

Décrivez ci-après votre/vos activité(s) professionnelle(s) indépendante(s) personnelle(s) (tâches physiques ou intellectuelles ou uniquement activité dirigeante ou de gestion, en indiquant le temps moyen de ces tâches/activités)

---



---



---



---



---

**5. Description de l'activité/des tâches personnelle(s) dans l'entreprise/les entreprises APRÈS le début de votre incapacité de travail**

1. Avez-vous arrêté totalement vos activités depuis le début de votre incapacité de travail ?

Attention ! Ceci concerne votre situation personnelle, et pas un arrêt de l'activité de votre entreprise.

OUI. Depuis le ..... / ..... / .....

↳ Avez-vous entretemps repris votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) ?

OUI. Depuis le ..... / ..... / .....

↳ Quelles tâches de votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) avez-vous repris ?

.....  
 .....

↳ Combien de temps y consacrez-vous en moyenne (jours, heures) ?

.....  
 .....

NON. *Passez directement à la question suivante.*

OUI. Depuis le ..... / ..... / .....

↳ quelles tâches de votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) avez-vous continué à exercer ?

.....  
 .....

↳ Combien de temps y consacrez-vous en moyenne (jours, heures) ?

.....  
 .....

2. Votre incapacité de travail a-t-elle entraîné une adaptation ou un autre/d'autres changements au sein de votre/vos entreprise(s) ? Si oui, lesquels ? Détaillez par entreprise.

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

**6. Autres activité(s) professionnelle(s) outre l'activité/les activité(s) indépendante(s)**

En dehors de votre activité indépendante, exercez-vous, avant le début de votre incapacité de travail, encore d'autres activités (professionnelles) ?

OUI.

↳ Quelle(s) activité(s) avez-vous exercée(s) précisément? (description de votre activité et de votre qualité, par exemple travailleur salarié, fonctionnaire, mandat politique, volontariat, ... et depuis quand ?)

Description de l'activité	Du	Au
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....

↳ Quelle(s) activité(s) avez-vous exercée(s) précisément? (description de votre activité et de votre qualité, par exemple travailleur salarié, fonctionnaire, mandat politique, volontariat, ... et depuis quand ?)

OUI. Depuis le ..... / ..... / .....

NON. *Décrivez ci-dessus quelles activités vous continuez à exercer (partiellement) et mentionnez chaque fois la date depuis laquelle vous continuez à exercer ces activités.*

Depuis quelle date continuez-vous à exercer cette activité ?	Décrivez en détail les tâches que vous continuez à exercer et le temps exact que vous y consacrez (jours et heures)

NON.

## 7. Autres remarques

---

---

---

---

*Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou une sanction pénale (article 233 du Code pénal social).*

*Des déclarations fausses ou incomplètes ou l'usage de faux peuvent donner lieu à l'application d'une sanction administrative impliquant une exclusion du droit aux prestations de l'assurance indemnités et maternité pour une durée déterminée, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.*

*Je certifie sur l'honneur que cette déclaration est complète et exacte, et que j'ai pris connaissance des communications importantes ci-jointes.*

Nombre d'annexes jointes à ce questionnaire : .....

Fait à : ....., le ..... / ..... / .....

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 peut être également 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'information concernant le traitement de ces données vous pouvez vous adresser à la Commission pour la protection de la vie privée.