

# Déclaration sur l'honneur de non-reprise



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

Vous préférez la version non digitale ? Envoyez-le par courrier à : Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomssesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

## Je, soussigné,

Nom et prénom :	_____
Numéro national :	_____
Numéro de client :	_____

## Déclare :

par la présente que malgré l'autorisation que m'a accordé le médecin-conseil d'exercer une activité comme \_\_\_\_\_ pendant ma période d'incapacité de travail :

Je ne reprendrai pas l'activité pour laquelle j'ai reçu une autorisation<sup>1</sup>

J'ai commencé l'activité mais je souhaite que mon autorisation de reprise du travail à temps partiel soit définitivement annulée à partir du ..... / ..... / ..... en raison:

- d'une nouvelle incapacité complète.  
Attention! Dans ce cas, votre employeur doit également signer ce document.  
A compléter par l'employeur<sup>2</sup>:  
Le salarié est à nouveau totalement incapable de travailler à partir de : ..... / ..... / .....
  - Je paierai un salaire garanti du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... en fonction du rupture de contrat de travail suivante (Q/S): ..... / .....
  - Je ne paierai pas de salaire garanti en raison de (préciser le motif, par exemple absence illégale) : \_\_\_\_\_
- Les congés ultérieurs tombent dans les 30 jours suivant le début de l'incapacité de travail (mentionnée au point 1) et sont payés par moi : \_\_\_\_\_

d'un autre raison (exemple : fin de contrat), préciser le motif de l'arrêt: \_\_\_\_\_

Attention! Si vous résiliez l'accord dans le cadre d'une fin de contrat, veuillez également nous fournir une copie de votre C4.

J'ai commencé l'activité mais je demande de suspendre temporairement celle-ci du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus.  
Attention! Cette option n'est disponible que pour une activité indépendante à temps partiel.

*J'autorise ma mutualité et les instances de l'Institut national maladie-invalidité chargées du contrôle, à vérifier - notamment auprès de l'Administration des contributions directes - la teneur de cette déclaration, dont je confirme qu'elle est complète et sincère.*

Date : ..... / ..... / .....

Signature:

Signature de l'employeur (si d'application):

<sup>1</sup> Si vous souhaitez reprendre ultérieurement cette activité ou une autre pendant votre période d'incapacité de travail, nous tenons à attirer votre attention sur le fait que vous devez compléter et nous adresser un nouveau formulaire de demande, avant de débiter cette activité. Si vous deviez nous adresser cette demande tardivement, vos indemnités seront réduites de 10% à titre de sanction, ou pourraient même ne pas être payées.

<sup>2</sup> Voir "Information supplémentaire pour l'employeur".



## Information supplémentaire pour l'employeur

**Remarque importante !** Pour déterminer si et selon quelle rupture de contrat de travail le salaire garanti doit être payé, vous devez vérifier si la période de salaire garanti se situe ou non dans un accord de travail progressif en cours.

Si la période de salaire garanti se déroule **lors d'un accord en cours**, vous suivez la législation relative à la rémunération garantie en cas de maladie pendant le travail progressif : vous payez le salaire garanti en fonction de la rupture progressive de l'emploi et vous l'indiquez au moyen d'un ZIMA002, sauf si le salarié n'a pas encore travaillé de manière progressive pendant plus de 20 semaines.

Si la période de salaire garanti se situe **en dehors de l'accord de travail progressif** (c'est-à-dire si le travailleur cesse définitivement de travailler progressivement pour l'employeur), vous suivez alors les règles normales de rémunération garantie et le salaire garanti doit être payé en fonction de la rupture contractuelle du contrat de travail , sauf si le salarié n'a pas encore travaillé de manière progressive pendant plus de 20 semaines.