Déclaration sur l'honneur de non-reprise

helan
Mutualité libre

Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur www.helan.be/dossier-indemnites

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).

Je, soussigné,

Nom et prénom : .....

Numéro national : .....

Numéro de client : .....

Déclare :

par la présente qu'en dépit de 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 d'activité pendant la période couverte par l'autorisation[1]

☐ Je cesserai définitivement cette activité à partir du ..... / ..... / ....., pour cause d'incapacité de travail complète

☐ J'interromprai temporairement cette activité pendant du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... inclus

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 :

[1] 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 débuter cette activité.
Si vous deviez nous adresser cette demande tardivement, vos indemnités seront réduites de 10% à tire de sanction, ou pourraient même ne pas être payées.

A526I0232100000000000000000000000A