

N° d'affiliation :
NISS :**FEUILLE DE RENSEIGNEMENTS INDEMNITÉS**
Partie Membre**1. Données personnelles**

1.1. Numéro de téléphone* :

1.2. Adresse e-mail* :

1.3. Mes indemnités doivent être versées sur le compte d'un tiers

(CPAS, médiateur de dettes, administrateur provisoire)

OUI / NON**SI NON,**

Le paiement des indemnités doit être effectué au numéro de compte suivant :

BE _____

Titulaire du compte (nom et prénom) :

.....

Adresse : N° : Bte :

Code postal : Localité :

SI OUI,

Le paiement des indemnités doit être effectué sur le compte d'un tiers

BE _____

Titulaire du compte (nom et prénom du tiers ou de l'organisme) :

.....

* En nous communiquant ces données, nos services peuvent vous contacter plus facilement dans le cadre de votre dossier d'incapacité de travail.

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 ? / /

2.2. De quel risque s'agit-il ? :

<input type="radio"/>	une maladie professionnelle ?	<input type="radio"/>	une maladie ?
<input type="radio"/>	un accident du travail ?	<input type="radio"/>	un autre accident ?
<input type="radio"/>	un repos de maternité ? date d'accouchement prévue : Important : merci de joindre un certificat médical indiquant votre date d'accouchement prévue.	<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 : / / Date de fin : / /

2.4. Le risque est-il encore présent en ce moment ? **OUI / NON**
 Si **NON**, je déclare avoir repris le travail / le chômage le / /

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

3.2. Complétez avec le nom et l'adresse de tous les employeurs chez qui vous avez travaillé pendant la période de 30 jours précédant le risque :

	Nom & adresse de l'employeur	Flexijob ou travailleur occasionnel dans l'horeca ?
1.		OUI / NON
2.		OUI / NON
3.		OUI / NON

N° NISS : 2

* Merci de joindre une copie du C4.

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 un 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

Attention ! Vous devez uniquement répondre aux questions suivantes en cas de risque d'incapacité de travail, de repos de maternité ou d'écartement du travail.

4.1. Avez-vous arrêté toute activité le 1^{er} jour de votre incapacité de travail ?

OUI / NON

Si **NON**, cette activité est 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

4.2. Avez-vous repris ou comptez vous reprendre une activité à temps partiel pendant votre incapacité de travail ?

OUI / NON

Attention ! Savez-vous que, moyennant l'autorisation du médecin-conseil, vous pouvez reprendre votre(vos) activité(s) partiellement pendant votre incapacité de travail. N'oubliez cependant pas de demander cette autorisation au moins un jour ouvrable préalablement à la reprise partielle

5. Avantages, rentes & pensions

Percevez-vous une autre source de revenus (avantages, rentes, pensions, ...)

OUI / NON

Si **OUI**, s'agit-il de :

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	Degré %	OUI / NON
C	Une allocation de personne handicapée Une intervention d'intégration Une intervention de survie	Degré %	OUI / NON
D	Une pension de retraite ou 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 ceux mentionnés précédemment (Ex. : une indemnité d'invalidité, une pension, rente convertie en capital, ...)		OUI / NON

Si **B** ou **G**, pour quelle pathologie ?

N° NISS :

* La pension de survie n'est pas visée. La législation « pension » interdit le cumul d'une pension de retraite avec les indemnités.

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

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

Avantage	Exemple	1	2
Type	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 ?	01/05/2017		
Quel est le montant brut ?	7 EUR		
	<input checked="" type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par trimestre <input type="radio"/> par an	<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par trimestre <input type="radio"/> par an	<input type="radio"/> par jour <input type="radio"/> par semaine <input type="radio"/> par mois <input type="radio"/> par trimestre <input type="radio"/> par an
Si B. / G. : La rente a-t-elle été convertie en capital partiellement ou totalement ?	OUI / NON	OUI / NON	OUI / NON

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, indemnités, allocations pour handicapés ou de toute autre ressource.

Je m'engage également à signaler à ma mutualité que je suis au bénéfice 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'information concernant le traitement des données, vous pouvez vous adresser à l'autorité de protection des données.

N° NISS : 4

La Fédération des Mutualités Socialistes du Brabant traite vos données dans le respect de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel (loi-cadre) et le Règlement 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des données à caractère personnel, lequel vous donne le droit de consulter vos données, de les compléter, de vous opposer au traitement, d'en demander la rectification, la limitation ou la suppression. Pour tout renseignement complémentaire concernant le traitement de vos données, veuillez consulter notre Charte sur la protection des données, disponible à l'adresse suivante: https://www.fmsb.be/conditions_d_utilisation.

* Excepté pensions étrangères et uniquement en cas de rente.