



N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :  
DM :  
Concerne :

**Annexe 5**

**DÉCLARATION D'EXERCICE D'ACTIVITES BÉNÉVOLES**  
**(Loi du 3 juillet 2005 modifiée par la Loi du 19 juillet 2005)**  
**au cours d'une période d'incapacité de travail.**  
**Document à remettre à votre organisme assureur dès le premier mois suivant**  
**la reprise d'une activité bénévole**

**A compléter par vous-même**

Je soussigné(e)  
.....  
domicilié(e)  
.....  
Tél. et/ou GSM.....e-mail : .....

confirme par la présente que l'activité bénévole reprise le.....et pour laquelle  
je demande l'autorisation du Médecin-conseil, n'est exercée qu'à titre d'activité non rémunérée au cours  
d'une période d'incapacité de travail.

Nature de l'activité : .....  
Durée de l'activité : .....

Je suis au courant du fait que chaque modification de cette activité non rémunérée doit être communiquée  
immédiatement au Médecin-conseil.

Date : ..... Signature .....

**A remplir par l'organisation**

Le (la) soussigné(e), représentant de .....  
..... (nom + adresse de  
l'organisation), confirme que la personne susmentionnée exerce les activités bénévoles suivantes<sup>1</sup>:  
.....  
.....  
.....

Je déclare qu'aucun salaire en argent ou en nature n'est payé pour cette activité.

Date : ..... Signature + sceau de l'organisation .....

1: Veuillez décrire minutieusement les activités bénévoles.