



**Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins – Section Assurance
Maladie-Invalidité**

Institution publique de sécurité sociale sous tutelle du Ministre des affaires sociales

Frankrijklei 81-83 – 2000 Antwerpen – tel 03 220 74 61 – www.hvkz.fgov.be

Heures d'ouverture : lundi, mercredi et vendredi : 9 :00 à 12 :00

mardi et jeudi : 9 :00 à 12 :00 et 13 :00 à 16 :00

FEUILLE DE CONTROLE POUR INDEMNITES D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Date de début d'incapacité :

Concerne Madame / Monsieur :

Rue: n° :

à: code postal:

A REMPLIR A LA FIN DE LA MALADIE PAR L'ASSURE

Je déclare de (indiquer ce qui convient) :

- reprendre le travail :
- prendre mes vacances annuelles/mon repos compensatoire
- m'inscrire au chômage

le :

date et signature

Que la reprise soit décidée par le médecin traitant ou par l'assuré(e), ce formulaire doit être renvoyée au médecin conseil endéans les 48 heures, soit par la poste, soit par l'intermédiaire de la Caisse.

INFORMATIONS IMPORTANT

1. Il / elle ne peut se livrer à aucun travail même non rémunéré. Toute dérogation à ces règles doit être accordée par la Caisse.
2. En cas d'hospitalisation ou un enregistrement dans une institution de revalidation, l'assuré(e) doit **aviser la Caisse endéans les 48 heures**, de la date d'entrée et de la date de sortie. Tout changement de domicile ou de lieu de résidence doit être signalé dans le même délai.
3. Les accidents de travail, les maladies professionnelles et les accidents indemnisés en vertu de l'article 1382 et suivants du Code civil, ne donnent pas droit à l'indemnité. Afin de protéger vos droits, nous vous prions toutefois d'avertir la Caisse.
4. Toute fausse déclaration peut donner lieu à des sanctions et même des poursuites judiciaires.