



ASSURANCE INDEMNITÉS DES TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS QUESTIONNAIRE RELATIF À L'ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE

Article 63 de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 :
À COMPLÉTER PAR LE TRAVAILLEUR INDÉPENDANT

Étant donné que vous avez déclaré une incapacité de travail, le médecin-conseil de votre mutualité vous prie de bien vouloir compléter le questionnaire suivant. Les renseignements communiqués dans ce questionnaire permettront de juger si vous avez bien cessé toutes vos activités professionnelles. Cette condition est nécessaire pour reconnaître votre incapacité de travail.

Si vous éprouvez des difficultés pour compléter ce questionnaire, n'hésitez pas à faire appel à votre mutualité, votre caisse d'assurance sociale ou votre comptable.

COMMUNICATIONS IMPORTANTES

1. Complétez ce document et renvoyez-le le plus rapidement possible au médecin-conseil de votre mutualité.

Si l'espace prévu pour répondre est insuffisant ou si vous souhaitez mentionner des informations complémentaires, vous avez la possibilité de joindre des annexes. N'oubliez pas de mentionner sur la dernière page de ce questionnaire le nombre d'annexes que vous joignez en indiquant sur l'annexe le numéro de la rubrique concernée.
2. **Attention !** Vous ne pouvez être reconnu(e) comme étant incapable de travailler que si vous avez bien cessé toutes vos activités professionnelles. La simple exécution de tâches résiduelles (activités minimales) telles que la facturation d'activités effectuées avant le début de l'incapacité de travail, les contacts avec la clientèle en vue de déplacer ou d'annuler des rendez-vous en raison de l'incapacité de travail... reste néanmoins possible. Vous ne pouvez en outre exercer une autre activité professionnelle, ni comme travailleur indépendant ou aidant, ni dans une autre qualité (par exemple comme travailleur salarié).

Si, après la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, vous souhaitez reprendre votre activité ou une autre activité partiellement, vous devez déclarer cette reprise du travail et demander l'autorisation du médecin-conseil au plus tard le premier jour ouvrable précédant immédiatement la reprise du travail.
3. Les inspecteurs sociaux de l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (INASTI) sont habilités à effectuer des contrôles sur place (à votre domicile ou au siège de l'entreprise).
4. Si, pendant votre incapacité de travail, des changements devaient intervenir concernant des données que vous aurez transmises dans ce questionnaire, vous devez les communiquer immédiatement.
5. **Attention !** Si, en raison de votre incapacité de travail, vous devez cesser totalement l'activité de votre entreprise, temporairement ou définitivement, vous pouvez introduire auprès de votre caisse d'assurance sociale une demande d'assimilation des périodes d'incapacité de travail. Vous conserverez ainsi tous vos droits comme travailleur indépendant (pension, allocations familiales...) et vous ne devrez pas payer de cotisations sociales. Vous devez introduire vous-même cette demande d'assimilation auprès de votre caisse d'assurance sociale.
6. A tout moment, vous pouvez prendre contact de manière spontanée avec le coordinateur « retour au travail » de votre mutualité pour vous soutenir dans le cadre d'un trajet de réinsertion socioprofessionnelle.

1. IDENTIFICATION



- Numéro d'identification du Registre national :
- Dénomination de votre caisse d'assurance sociale (CAS) :
.....
- N° de compte sur lequel le paiement peut être effectué :
□□□□ □□□□ □□□□ □□□□

2. IDENTIFICATION DE L'ENTREPRISE OU DES ENTREPRISES JUSTE AVANT VOTRE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

2.1) L'activité de l'entreprise s'effectuait-elle

- a) en **votre propre nom comme travailleur indépendant ?** oui/non (*)
Si oui, complétez le tableau suivant :

Numéro BCE	Description de l'entreprise (activités, nature, superficie...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée	Nombre d'autres personnes associées à l'activité de l'entreprise (statut)
			1. travailleurs salariés :
			2. conjoint(e) aidant(e) / aidants :.....
			3. autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, free-lances...) :

(*) Biffer la mention inutile.

b) comme **conjoint-aidant** ? **oui/non** (*)

Si oui, complétez le tableau suivant :

Description de l'entreprise (activités, nature, superficie...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée

c) comme **aidant** ? **oui/non** (*)

Si oui, complétez le tableau suivant :

Numéro BCE de la personne aidée ou identité de la personne aidée (si le numéro BCE est inconnu)	Description de l'entreprise (activités, nature, superficie...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée

(*) Biffer la mention inutile.

d) au sein d'**une société** ? oui/ non^(*)
 Si oui, complétez le tableau suivant :

Numéro BCE	Description de l'entreprise (activités, nature, superficie...)	Adresse où l'activité personnelle est exercée	Nombre d'autres personnes associées à l'activité de l'entreprise (statut)
			1. travailleurs salariés : 2. associés actifs / mandataires (gérants, administrateurs...) :... 3. autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, free-lances...):
			1. travailleurs salariés : 2. associés actifs / mandataires (gérants, administrateurs...) :... 3. autres personnes régulièrement actives associées à l'activité (entrepreneurs permanents, consultants, free-lances...) :

(*) Biffer la mention inutile.

2.2) **Exercez/exerciez-vous également une activité à l'étranger ?** oui/non^(*)

Si oui, cochez votre qualité et décrivez cette/ces activité(s):

- comme travailleur indépendant comme travailleur salarié autre

Décrivez ci-dessous aussi complète que possible cette/ces activité(s), l'entreprise et chaque fois l'adresse où l'activité personnelle est exercée.

.....
.....
.....
.....

3. DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ/DES TÂCHES PERSONNELLE(S) DANS L'ENTREPRISE/LES ENTREPRISES : IMMÉDIATEMENT AVANT LE DÉBUT DE VOTRE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Attention ! Pour permettre au médecin-conseil de prendre sa décision, il est nécessaire de décrire en détail en quoi consistaient toutes les activités professionnelles indépendantes personnelles que vous exerciez au sein de l'entreprise/des entreprises avant le début de l'incapacité de travail.

Décrivez ci-après votre/vos activité(s) professionnelle(s) indépendante(s) personnelle(s) (tâches physiques ou intellectuelles ou uniquement activité dirigeante ou de gestion, en indiquant le temps moyen de ces tâches/activités) :

.....
.....
.....

(*) Biffer la mention inutile.

4. DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ/DES TÂCHES PERSONNELLE(S) DANS L'ENTREPRISE/LES ENTREPRISES : **APRÈS** LE DÉBUT DE VOTRE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

Avez-vous cessé toute activité indépendante personnelle ? **oui/non** (*)

4.1.) **Si oui**, - depuis quand ?

- avez-vous entretemps repris votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) ? **oui/non** (*)

Si oui, - depuis quand ?

- quelques tâches de votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) avez-vous repris ?

.....
.....

- combien de temps y consacrez-vous en moyenne (jours, heures)?

.....
.....

4.2.) **Si non**, - quelles tâches de votre/vos activité(s) indépendante(s) personnelle(s) avez-vous continué à exercer?

.....
.....

- combien de temps y consacrez-vous en moyenne (jours, heures)?

.....
.....

4.3) Votre incapacité de travail a-t-elle entraîné une adaptation ou un autre/d'autres changements au sein de votre/vos entreprise(s) ? Si oui, lesquels ? Détaillez par entreprise.

.....
.....
.....
.....
.....

(*) Biffer la mention inutile.

5. AUTRE(S) ACTIVITÉ(S) (PROFESSIONNELLE(S)) OUTRE L'ACTIVITÉ/LES ACTIVITÉS INDÉPENDANTE(S)

En dehors votre activité indépendante, exercez-vous, avant le début de votre incapacité de travail, encore d'autres activités (professionnelles) ? **oui/non** (*)

Si oui, répondez aux questions suivantes :

5.1) Quelle(s) activité(s) avez-vous exercée(s) précisément ? (description de votre activité et de votre qualité, par exemple travailleur salarié, fonctionnaire, mandat politique, volontariat... et depuis quand ?)

Description de l'activité	Du (XX/XX/XXXX)	Au (XX/XX/XXXX)
1)		
2)		
3)		

(*) Biffer la mention inutile.

5.2) Avez-vous cessé ces autres activités ? **oui/non** ^(*)

→ Si **oui**, depuis quand ?

→ Si **non**, décrivez quelles activités vous continuez à exercer (partiellement) et mentionnez chaque fois la date depuis laquelle vous continuez à exercer ces activités :

<i>Depuis quelle date continuez-vous à exercer cette activité ?</i>	<i>Décrivez en détail les tâches que vous continuez à exercer et le temps exact que vous y consacrez (jours et heures)</i>
1)	
2)	
3)	

(*) Biffer la mention inutile.

6. AUTRES REMARQUES

.....
.....
.....
.....

Je certifie sur l'honneur que cette déclaration est complète et exacte, et que j'ai pris connaissance des communications importantes ci-jointes.

Nombre d'annexes jointes à ce questionnaire :

Date :	Signature :
--------	-------------

Je suis au courant qu'une déclaration fautive, inexacte ou incomplète peut être sanctionnée par une sanction administrative ou une sanction pénale (article 233 du Code pénal social). Des déclarations fausses ou incomplètes ou l'usage de faux peuvent donner lieu à l'application d'une sanction administrative impliquant une exclusion du droit aux prestations de l'assurance indemnités et maternité pour une durée déterminée, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 20 juillet 1971.

Votre mutualité vous demande ces données pour l'exécution de l'assurance obligatoire des soins de santé et indemnités (loi coordonnée du 14 juillet 1994 et arrêté royal du 20 juillet 1971). Ce document peut également être communiqué à l'INASTI.

En application de la réglementation en matière de traitement de données à caractère personnel, vous avez le droit de consulter et de rectifier vos données personnelles. Si vous voulez faire usage de ce droit, vous devez vous adresser par écrit à votre mutualité. Pour de plus amples informations concernant le traitement de ces données, vous pouvez vous adresser à l'Autorité de protection des données.