



N° d'affiliation :  
N.I.S.S. :  
Nom - Prénom :

## DATE DE FIN D'INCAPACITE A NOUS COMMUNIQUER D'URGENCE

Ce document a pour unique objectif d'éviter de poursuivre le paiement de vos indemnités après votre reprise de travail/chômage.

**IMPORTANT : Ce document ne doit pas être complété**

- si vous avez obtenu l'autorisation du médecin-conseil de reprendre le travail à temps-partiel ;
- si vous reprenez totalement le travail ou le chômage **après** la date de fin de l'incapacité de travail prescrite par votre médecin traitant (pour les incapacités ayant débuté au plus tôt à partir du 01/01/2016)

Je soussigné(e), ai repris le travail ou le chômage, le .....20.....

Fait le .....20.....

Signature :

### **Comment pouvez-vous nous communiquer votre date de reprise ?**

- via ce document complété à nous renvoyer par la poste ou à déposer dans l'un de nos nombreux bureaux ;
- via notre site internet [www.solidaris-brabant.be](http://www.solidaris-brabant.be)