

**DECLARATION D'EXERCICE D'ACTIVITES NON REMUNEREES**  
**au cours d'une période d'incapacité de travail**

**Document à remettre à votre mutualité dès le premier mois suivant  
la reprise d'une activité non rémunérée**

*A remplir par le titulaire (numéro national : □ □ □ □ □ □ - □ □ □ - □ □)*

Le (la) soussigné(e)

.....  
(nom + adresse)

confirme par la présente que l'activité, qu'il (elle) a reprise le .....et pour laquelle il/elle a demandé/reçu l'autorisation<sup>1</sup>, 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'autorisation .....

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 de l'organisation)  
confirme que la personne susmentionnée exerce les activités non rémunérées suivantes<sup>2</sup> :

.....  
.....

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

Date .....

Signature .....

<sup>1</sup> Biffez la mention inutile.

<sup>2</sup> Veuillez décrire minutieusement les activités non rémunérées.