

**DEMANDE DE DECISION AU MEDECIN-CONSEIL DE LA MUTUALITE POUR LE
TRAVAILLEUR VOLONTAIRE RECONNU INCAPABLE DE TRAVAILLER**

au sens de la loi du 3/07/2005 modifié par la loi du 1/03/2019

**Je souhaite travailler/Je travaille (*) en tant que volontaire pour l'organisation ci-dessous,
sur la base des informations fournies par cette organisation :**

Nom et prénom du volontaire :

N° de registre national :

Adresse :

Tél. et/ou GSM :

E-mail :

(*) biffer les mentions inutiles

**Données concernant l'ORGANISATION DE VOLONTARIAT: (un formulaire de demande par
organisation) :**

Nom :

Adresse :

.....

N° de tél. :

E-mail :

Objectif social :

.....

.....

**Données sur l'activité pour laquelle je demande la décision du médecin-conseil pour cette
organisation :**

- **Période**

☐ période indéfinie à partir du

☐ période connue déjà fixée du au

- **Nature et volume des activités** que j'exerce en tant que volontaire :

.....

.....

.....

.....

Cocher ce qui s'applique:

- ☐ L'organisation ne prévoit aucun défraiement pour les activités volontaires.
- ☐ L'organisation verse un défraiement forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux).
- ☐ L'organisation verse un défraiement forfaitaire (en tenant compte des maxima légaux), avec le remboursement des frais réels de déplacement (pour maximum 2000 kilomètres par an, sauf si l'activité concerne le transport régulier de personnes).
- ☐ L'organisation rembourse les frais réels, sur la base des preuves fournies.
- ☐ En nature: . . . (Ex. repas – chèque-lecture – carte de bus).
- ☐ Autre réglementation: spécifier:

Je m'engage à communiquer immédiatement à la Mutualité libérale du Luxembourg toute modification qui interviendrait dans les données mentionnées ci-dessus.

Faire précéder de la mention « Lu et approuvé » :

Date :

Nom et signature du volontaire:

.....

.....

Décision du médecin-conseil: