

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 1



Données personnelles

Nom : Prénom :
Rue : Numéro : Boîte : Index :
Code Postal : Localité : Pays :
Tél. : Adresse e-mail :
Numéro de RN :

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif. (Signez cette annexe au verso)

OU

☐ Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

☐ Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir, au minimum, une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif, au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.

☐ Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre 20 semaines de repos de maternité facultatif au maximum, au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. **Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :**

Semaine 1: du/...../..... au/...../.....	Semaine 6: du/...../..... au/...../.....
Semaine 2: du/...../..... au/...../.....	Semaine 7: du/...../..... au/...../.....
Semaine 3: du/...../..... au/...../.....	Semaine 8: du/...../..... au/...../.....
Semaine 4: du/...../..... au/...../.....	Semaine 9: du/...../..... au/...../.....
Semaine 5: du/...../..... au/...../.....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../.....

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 1



Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. **Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :**

	Total*		Total*
Semaine 1: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 11: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 2: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 3: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 4: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 5: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 6: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 7: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 17: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 8: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 18: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 9: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple) : du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 10: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 20 (uniquement en cas de naissance multiple) : du au Mi-temps / temps plein	

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLÈTEMENT TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature :

No us traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 2



Données personnelles

Nom : Prénom :
Rue : Numéro : Boîte : Index :
Code Postal : Localité : Pays :
Tél. : Adresse e-mail :
Numéro de RN :

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ **Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** (Indiquez à la première ligne du tableau ci-dessous la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez au verso.)

OU

☐ **Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**

☐ Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir, au minimum, une semaine de repos postnatal facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ **Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**

☐ Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 20 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

Semaine 1 qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du/...../..... au/...../.....

Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. **Je cesse complètement mes activités :**

Semaine 2: du/...../..... au/...../.....	Semaine 7: du/...../..... au/...../.....
Semaine 3: du/...../..... au/...../.....	Semaine 8: du/...../..... au/...../.....
Semaine 4: du/...../..... au/...../.....	Semaine 9: du/...../..... au/...../.....
Semaine 5: du/...../..... au/...../.....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple) :
Semaine 6: du/...../..... au/...../.....	du/...../..... au/...../.....

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 2



Semaine 1 qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du/...../..... au/...../.....		Total* 1
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	Total*	Total*
Semaine 2: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 11: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 3: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 4: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 5: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 6: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 7: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 8: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 9: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein
Semaine 10: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- Une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLÈTEMENT TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 3



Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ **Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** (Indiquez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez.)

OU

☐ **Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ **Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 3



Semaine 1 qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je poursuis à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante: du au		Total* 0,5	
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement.			
	Total*		Total*
Semaine 2: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 3: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 4: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 5: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 6: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 7: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 17: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 8: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 18: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 9: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple): du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 10: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 20 (uniquement en cas de naissance multiple): du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 11: du au Mi-temps / temps plein			

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées :

- Une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLETEMENT** **TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque : si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 4



Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ **Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** (Complétez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez.)

OU

☐ **Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ **Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 4



Au cours des deux semaines (semaine 1 + semaine 2) précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire:	Total*
- je cesse complètement mes activités la semaine suivante: du/..../..... au/..../..... - j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante la semaine suivante: du/..../..... au/..../.....	1,5

Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement:

	Total*		Total*
Semaine 3: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 4: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 5: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 6: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 7: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 8: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 9: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 (uniquement en cas de naissance multiple): du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 10: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple): du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 11: du/..../..... au/..../..... Mi-temps / temps plein			

*Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées:

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif)!

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLETEMENT TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque: si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature:

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 5



Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ **Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** (Complétez à la première ligne du tableau au verso la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez.)

OU

☐ **Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 18 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ **Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.** Au total, mon repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune de ces semaines peut être convertie en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante, pour ainsi arriver à un maximum de 20 semaines.
(Complétez le tableau au verso et signez.)

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 5



Deux semaines (semaine 1 + semaine 2), précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante: du au		Total* 1	
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement.			
	Total*		Total*
Semaine 3: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 4: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 5: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 6: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 7: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 8: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 17: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 9: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 18: du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 10: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple): du au Mi-temps / temps plein	
Semaine 11: du au Mi-temps / temps plein		Semaine 20 (uniquement en cas de naissance multiple): du au Mi-temps / temps plein	

*Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées:

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif)!

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLETEMENT TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque: si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature:

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 6



Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

(Cochez ce qui vous concerne.)

☐ **Je NE prends PAS de repos postnatal facultatif.** (Complétez à la première ligne du tableau ci-dessous la période au cours de laquelle vous avez pris votre repos prénatal facultatif et signez au verso.)
OU

☐ **Il ne s'agit pas d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**

☐ Je prends au maximum 9 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos postnatal facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

OU

☐ **Il s'agit d'une naissance multiple et je prends du repos postnatal facultatif.**

☐ Je prends au maximum 10 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble) au cours desquelles je cesse complètement mes activités. (Complétez le tableau ci-dessous et signez au verso.)

☐ Je recours à la possibilité de convertir au minimum une semaine de repos de maternité facultatif en maximum 2 semaines au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. Je peux le faire pour chacune des 10 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 20 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal ensemble), au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante. (Complétez le tableau au verso et signez.)

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2), précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du/...../..... au/...../.....	
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Je cesse complètement mes activités :	
Semaine 3: du/...../..... au/...../.....	Semaine 7: du/...../..... au/...../.....
Semaine 4: du/...../..... au/...../.....	Semaine 8: du/...../..... au/...../.....
Semaine 5: du/...../..... au/...../.....	Semaine 9: du/...../..... au/...../.....
Semaine 6: du/...../..... au/...../.....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../.....

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF

ANNEXE 6



Deux semaines(semaine 1 + semaine 2), précédant immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités: du/...../..... au/...../.....		Total*	2
Je prends les semaines suivantes (en les répartissant) sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante:			
	Total*		Total*
Semaine 3: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 11: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 4: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 12: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 5: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 13: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 6: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 14: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 7: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 15: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 8: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 16: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 9: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 17 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	
Semaine 10: du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein		Semaine 18 (uniquement en cas de naissance multiple): du/...../..... au/...../..... Mi-temps / temps plein	

* Additionnez dans cette colonne le nombre de semaines indiquées:

- une semaine à temps plein compte pour 1, une semaine à mi-temps pour 0,5.
- Le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). N'oubliez pas de compter aussi le nombre indiqué en gras à la première ligne (repos prénatal facultatif) !

Par la présente, je déclare à nouveau explicitement qu'en choisissant des semaines de repos complet, je cesserai **COMPLETEMENT TOUTES** mes activités et qu'en choisissant des semaines à mi-temps, j'exercerai **AU MAXIMUM** à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et que je n'exercerai aucune autre activité professionnelle.

Je m'engage à fournir au plus vite à ma mutualité l'extrait d'acte de naissance (ou un certificat médical qui confirme l'accouchement).

Remarque: si les semaines programmées, sur base de la date de naissance, ne sont légalement pas applicables (accouchement prématuré ou tardif), la mutualité prendra contact avec vous.

J'avertirai au préalable ma mutualité de tout changement intervenant dans le calendrier que j'ai rempli.

Date: - -

Signature:

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation belge et européenne applicable en matière de protection de la vie privée, en particulier le règlement RGDP (2016/679) concernant la protection des données personnelles et la libre circulation de ces données. Pour plus d'informations concernant le traitement de vos données personnelles, veuillez consulter notre déclaration de confidentialité sur notre site web <https://www.mc.be/disclaimer/politique-confidentialite-mc>.