

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	

*Ajoutez 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 ces données conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. A l'exception des données médicales et sociales personnelles, ces données pourront être utilisées pour promouvoir des services de la MC et de ses mouvements avec lesquels la MC a conclu un accord de collaboration. Vous avez le droit de consulter ou de corriger les données qui vous concernent.