

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* |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ 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 | | |

*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 **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>.