

# 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 :**

<b>Semaine 2:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....	<b>Semaine 7:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....
<b>Semaine 3:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....	<b>Semaine 8:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....
<b>Semaine 4:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....	<b>Semaine 9:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....
<b>Semaine 5:</b> du ...../...../..... au ...../...../.....	<b>Semaine 10</b> (uniquement en cas de naissance multiple) :
<b>Semaine 6:</b> 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. <b>Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :</b>		
	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 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.