

# Aanvraag voortzetten zelfstandige activiteit

## Werkneemster in periode moederschapsbescherming



### Identificatiegegevens

Naam: ..... Voornaam: .....  
Straat: ..... Nr.: ..... Bus: ..... Index: .....  
Postcode: ..... Gemeente: ..... Land: .....  
Rijksregisternummer:          
Dossiernummer:

**Voortzetten van de zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming uitoefende, door een zwangere of bevallen werkneemster of door een werkneemster die borstvoeding geeft en voor wie een maatregel van werkverwijdering is genomen als bedoeld in de artikelen 42§1, 43 of 43bis van de arbeidswet. Aanvraag om machtiging aan de adviserend geneesheer.**

- Ik verklaar recht te hebben op een maatregel van werkverwijdering (een tijdelijke aanpassing van de arbeidsomstandigheden of van de arbeidstijd, overplaatsing, schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst en verbod op het vervullen van nachtarbeid) als bedoeld in de artikelen 42§1, 43 of 43bis van de arbeidswet wegens de uitoefening van een activiteit bedoeld in die wet (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit), waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden voor het uitoefenen ervan hierna wordt beschreven.
- Ik verklaar onmiddellijk vóór de voormelde periode van moederschapsbescherming een niet door de arbeidswet bedoelde activiteit (als zelfstandige) te hebben uitgeoefend, waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden voor het uitoefenen ervan hierna worden beschreven.
- Ik vraag de machtiging om laatstgenoemde activiteit (als zelfstandige) voort te zetten tijdens de periode, waarvoor in het kader van mijn bezoldigde activiteit (of ermee gelijkgestelde activiteit) een maatregel van moederschapsbescherming geldt.

### Belangrijke waarschuwing

- Ik heb er kennis van genomen dat mijn moederschapsuitkeringen met 10% worden verminderd, als de gevraagde machtiging mij wordt verleend. Zelfs als ik de toegestane activiteit niet werkelijk uitoefen, zullen de uitkeringen met 10% verminderd blijven gedurende de hele periode van moederschapsbescherming of een deel ervan.
- Op straffe van het volledige verlies van het recht op mijn moederschapsuitkeringen verbind ik mij ertoe, die activiteit (als zelfstandige) niet uit te oefenen tijdens de dagen of uren, tijdens welke ik zou hebben gewerkt als er geen beschermingsmaatregel was genomen (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit).
- Deze aanvraag is bestemd voor de adviserend geneesheer. We raden u aan deze tegen een ontvangstbewijs af te geven of ze aangetekend te versturen, als u over het bewijs van de verzending van die aanvraag wenst te beschikken.
- De aanvraag en het medisch getuigschrift van uw behandelend geneesheer (zie verder) mogen niet apart worden verzonden. Deze stukken moeten zo snel mogelijk bij de adviserend geneesheer toekomen.

### In te vullen door de gerechtigde

	Bezoldigde activiteit	Zelfstandige activiteit
Aard:		
Volume:		
Voorwaarde voor het uitoefenen:		

# Aanvraag voortzetten zelfstandige activiteit

## Werkneemster in periode moederschapsbescherming



Werktijd	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
06.00							
07.00							
08.00							
09.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							
19.00							
20.00							
21.00							
22.00							

B - uitoefenen van een bezoldigde activiteit

Datum: .....

Z - uitoefenen van de zelfstandige activiteit

Handtekening van de gerechtigde:

R - rustperiode

### In te vullen door de behandelend geneesheer

Vermoedelijke datum van de bevalling:

- Ik ondergetekende, geneesheer, verklaar dat ik bovenvermelde persoon verzorg en ik bevestig dat de bovenvermelde zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming uitoefende, geen risico inhoudt voor haar gezondheid noch voor die van haar kind.

- Op voorwaarde dat zij de hierna bepaalde voorwaarden voor de uitoefening naleeft: .....

- Ik verzoek mijn confrater, adviserend geneesheer, om mij, als hij niet akkoord gaat, zijn beslissing mee te delen.

Identificatie van de geneesheer (inschrijvingsnummer toegekend door het RIZIV):

Datum: .....

Handtekening behandelend geneesheer:

We behandelen deze gegevens conform de wet van 8 december 1992 met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Met uitzondering van de persoonlijke medische en sociale gegevens, kunnen deze gegevens gebruikt worden om diensten van CM en van haar deelorganisaties waarmee een samenwerkingsakkoord werd gesloten te promoten. U hebt het recht om uw persoonsgegevens te consulteren en te laten verbeteren.