

# Demande repos de maternité



## Données personnelles

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... Numéro : ..... Boîte : ..... Index : .....

Code Postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Numéro de RN :

## A remplir par le médecin traitant\*

Date présumée de l'accouchement   -   -

\* sauf si vous avez déjà communiqué votre date présumée d'accouchement via un certificat de maladie ou une demande d'écartement du travail ou si vous avez déjà accouché.

Identification du médecin avec numéro INAMI .....

Date: ..... Signature: .....

## A remplir par la titulaire

Date de début du repos de maternité   -   -

Grossesse simple  Grossesse multiple

Date: ..... Signature: .....

## Information importante

- La période de maternité obligatoire débute au plus tard une semaine avant la date présumée de l'accouchement et va jusqu'à 9 semaines après la date d'accouchement.
- La période de repos de maternité facultative: 5 semaines (7 semaines en cas de grossesse multiple) à prendre selon votre choix: avant et/ou après la date présumée de l'accouchement/la date d'accouchement.
- En cas de naissances multiples, vous pouvez demander 2 semaines supplémentaires facultatives de repos de maternité postnatal.
- Votre repos de maternité peut éventuellement être prolongé en cas d'hospitalisation de votre enfant. Pour plus d'informations, voir sur [www.mc.be](http://www.mc.be).

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>.