

DEMANDE D'ALLOCATIONS DE MATERNITÉ POUR TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES



Données personnelles

Nom : Prénom :

Rue : Numéro : Boîte : Index :

Code Postal : Localité : Pays :

Tél. : Adresse e-mail :

Numéro de RN :

DÉCLARATION DE MATERNITÉ

Vous trouverez ci-joint une déclaration de mon médecin traitant mentionnant la date présumée de mon accouchement le
(confirmez ici la date présumée de l'accouchement) et précisant qu'il s'agit / ne s'agit pas (biffez ce qui ne convient pas) d'une
naissance multiple.

PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ OBLIGATOIRE

Sur base de ma date présumée d'accouchement,

* ma période obligatoire de repos de maternité commence le :
(indiquez ici la date qui précède de 7 jours la date présumée de l'accouchement) ;

* ma période obligatoire de repos de maternité se termine le :
(indiquez ici la date = le quatorzième jour, à compter de la date présumée de l'accouchement).

DEMANDE D'ALLOCATIONS DE MATERNITÉ POUR TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES



PÉRIODE DE REPOS PRÉNATAL FACULTATIF

(Cochez ce qui vous concerne.)

- Je NE prends PAS de repos prénatal facultatif.** (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 1" et joignez-le à cette déclaration.)
- Je prends une semaine de repos prénatal facultatif**, qui précède immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire. Pendant cette semaine :
 - je n'exerce aucune activité. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 2" et joignez-le à cette déclaration.)
 - j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 3" et joignez-le à cette déclaration.)
- Je prends deux semaines de repos prénatal facultatif**, qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire.
 - La première semaine, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. La deuxième semaine, je cesse complètement mes activités. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 4" et joignez-le à cette déclaration.)
 - La première semaine, je cesse complètement mes activités. La deuxième semaine, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 4" et joignez-le à cette déclaration.)
 - Les deux semaines, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 5" et joignez-le à cette déclaration.)
 - Les deux semaines, je cesse complètement mes activités. (Complétez le document "PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - annexe 6" et joignez-le à cette déclaration.)

Je souhaite que mon allocation de maternité soit versée au nom de

N° du compte:

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>.