

## DEMANDE D'ALLOCATIONS DE MATERNITÉ POUR TRAVAILLEUSES INDÉPENDANTES

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....  
Prénom : .....  
Numéro national : .....  
Rue et n° : .....  
CP et commune : .....

Tél : .....

E-mail : .....

Vous trouverez ci-joint une déclaration de mon médecin traitant mentionnant la date présumée de mon accouchement : ...../...../..... et précisant qu'il s'agit / ne s'agit pas (biffez la mention inutile) 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).

### PÉRIODE DE REPOS PRÉNATAL FACULTATIF (cochez ce qui vous concerne)

- Je ne prends pas de repos prénatal facultatif  
(joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 1» complété).
- 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 (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 2» complété).
  - j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 3» complété).
- 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 (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 4» complété).
  - 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. (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 4» complété).
  - les deux semaines, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante et je n'exerce aucune autre activité professionnelle (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 5» complété).
  - les deux semaines, je cesse complètement mes activités (joignez le document «période de repos de maternité facultatif - annexe 6» complété).

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 1

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (cochez ce qui vous concerne)

- Je ne prends pas de repos postnatal facultatif  
(signez cette annexe 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 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 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif, 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 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, au cours desquelles j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante (complétez le tableau au verso et signez).

Je prends les semaines suivantes en les répartissant sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :

Semaine 1 : du ..... au .....	Semaine 6 : du ..... au .....
Semaine 2 : du ..... au .....	Semaine 7 : du ..... au .....
Semaine 3 : du ..... au .....	Semaine 8 : du ..... au .....
Semaine 4 : du ..... au .....	Semaine 9 : du ..... au .....
Semaine 5 : du ..... au .....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple) : du ..... au .....

Je prends les semaines suivantes en les répartissant sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :

	TOTAL*		TOTAL*
Semaine 1 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 11 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 2 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 12 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 3 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 13 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 4 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 14 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 5 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 15 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 6 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 16 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 7 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 17 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 8 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 18 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 9 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multiple) : du ..... au ..... Mi temps/temps plein	
Semaine 10 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 20 (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 compte pour 0,5.  
- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple).

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 2

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (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 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 9 semaines prévues, de telle sorte que je puisse prendre au maximum 18 semaines de repos de maternité facultatif (repos prénatal et repos postnatal), 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. Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :

Semaine 2 : du ..... au .....	Semaine 7 : du ..... au .....
Semaine 3 : du ..... au .....	Semaine 8 : du ..... au .....
Semaine 4 : du ..... au .....	Semaine 9 : du ..... au .....
Semaine 5 : du ..... au .....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple) : du ..... au .....
Semaine 6 : du ..... au .....	

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. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	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 : 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 compte pour 0,5.

- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). Comptez aussi le repos prénatal facultatif indiqué à la première ligne.

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 3

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (cochez ce qui vous concerne)

- Je ne prends pas de repos postnatal facultatif (*indiquez 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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*).

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*
		0,5
Je prends les semaines suivantes en les répartissant sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	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 : 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 20 (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 compte pour 0,5.

- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). Comptez aussi le repos prénatal facultatif indiqué à la première ligne.

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 4

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (cochez ce qui vous concerne)

- Je ne prends pas de repos postnatal facultatif (*indiquez 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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*).

Semaine des deux semaines (semaine 1 + semaine 2), qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire :		TOTAL*
- je cesse complètement mes activités la semaine suivante : du ..... au .....		1,5
- j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante la semaine suivante : du ..... au .....		
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 11 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 4 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 12 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 5 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 13 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 6 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 14 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 7 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 15 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 8 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 16 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 9 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 17 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 10 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 18 (uniquement en cas de naissance multiple) : 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 compte pour 0,5.

- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). Comptez aussi le repos prénatal facultatif indiqué à la première ligne.

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 5

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (cochez ce qui vous concerne)

- Je ne prends pas de repos postnatal facultatif (*indiquez 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 9 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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 (prénatal et postnatal ensemble) peut durer 10 semaines au maximum au cours desquelles je cesse complètement mes activités. Chacune des 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*).

Semaine des deux semaines (semaine 1 + semaine 2), qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante du ..... au ..... (semaine 1) et du ..... au ..... (semaine 2).		TOTAL*
		1
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 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 10 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 19 (uniquement en cas de naissance multi: du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 11 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 20 (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 compte pour 0,5.

- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). Comptez aussi le repos prénatal facultatif indiqué à la première ligne.

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à info@mutualia.be.

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be  
www.mutualia.be  
BE47 3480 0300 8680

## PÉRIODE DE REPOS DE MATERNITÉ FACULTATIF - ANNEXE 6

### À COMPLÉTER PAR LA TITULAIRE

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro national : .....

Rue et n° : .....

CP et commune : .....

Tél. : .....

E-mail : .....

### PÉRIODE DE REPOS POSTNATAL FACULTATIF (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 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 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*).

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2), qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du ..... au ..... (semaine 1) et du ..... au ..... (semaine 2)

Je prends les semaines suivantes en les répartissant sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Pendant ces semaines, je cesse complètement mes activités :

Semaine 3 : du ..... au .....	Semaine 7 : du ..... au .....
Semaine 4 : du ..... au .....	Semaine 8 : du ..... au .....
Semaine 5 : du ..... au .....	Semaine 9 : du ..... au .....
Semaine 6 : du ..... au .....	Semaine 10 (uniquement en cas de naissance multiple) : du ..... au .....

Deux semaines (semaine 1 + semaine 2), qui précèdent immédiatement la date de début de ma période de repos de maternité obligatoire au cours de laquelle je cesse complètement mes activités : du ..... au ..... (semaine 1) et du ..... au ..... (semaine 2)		TOTAL*
		2
Je prends les semaines suivantes en les répartissant sur une période de 38 semaines qui commence à la date de l'accouchement. Au cours d'une de ces semaines au minimum, j'exerce à mi-temps mes activités normales en tant que travailleuse indépendante :		
	TOTAL*	TOTAL*
Semaine 3 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 11 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 4 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 12 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 5 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 13 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 6 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 14 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 7 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 15 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 8 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 16 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 9 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 17 (uniquement en cas de naissance multiple) : du ..... au ..... Mi temps/temps plein
Semaine 10 : du ..... au ..... Mi temps/temps plein		Semaine 18 (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 compte pour 0,5.

- le total ne peut jamais dépasser 9 (10 en cas de naissance multiple). Comptez aussi le repos prénatal facultatif indiqué à la première ligne.

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 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.

Je désire que mon allocation de maternité soit payée sur le compte numéro : .....

Date :

Signature :



Besoin d'un traitement express ? Déposez votre formulaire complété via l'onglet « Envoyer un document » de MyMutualia. Plus besoin d'envoyer l'original papier. Simple, rapide, efficace !

Conformément au Règlement Européen du 27 avril 2016 sur la Protection des Données (« RGPD »), nous vous informons que nous traitons vos données dans le cadre de notre mission de participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, sous la responsabilité de l'UNMN (l'Union nationale des mutualités neutres), responsable du traitement pour les matières fédérales et des SMR des mutualités neutres, responsables de traitement pour les matières régionalisées. Pour tous renseignements complémentaires, nous vous invitons à consulter notre déclaration vie privée ou à nous contacter à [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

SIÈGE ADMINISTRATIF

Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

SIÈGE SOCIAL

Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4  
1200 Woluwe-Saint-Lambert  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680