

**POURSUITE PAR UNE TRAVAILLEUSE ENCEINTE, ACCOUCHEE OU ALLAITANTE FAISANT L'OBJET D'UNE MESURE D'ÉCARTEMENT VISÉE AUX ARTICLES 42 §1ER, 43 OU 43BIS DE LA LOI SUR LE TRAVAIL, DE L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE QU'ELLE EXERÇAIT IMMÉDIATEMENT AVANT LA PÉRIODE DE PROTECTION DE LA MATERNITÉ.**

**À COMPLÉTER PAR LE TITULAIRE**

OU APPOSEZ VOTRE VIGNETTE ICI

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

Tél : .....

E-mail : .....

**DEMANDE D'AUTORISATION AU MÉDECIN-CONSEIL**

- Je déclare bénéficiaire d'une mesure d'écartement<sup>1</sup> visée aux articles 42 § 1er, 43 ou 43bis de la loi sur le travail en raison de l'exercice d'une activité visée par cette loi (activité salariée ou assimilée) dont la nature, le volume, l'horaire et les conditions d'exercice sont décrits ci-après.
- J'atteste avoir exercé, immédiatement avant la période de protection de la maternité précitée, une activité non visée par la loi sur le travail (activité indépendante) dont la nature, le volume, l'horaire et les conditions d'exercice sont décrits ci-après.
- Je demande l'autorisation de poursuivre cette dernière activité (activité indépendante) pendant la période qui fait l'objet d'une mesure de protection de la maternité dans le cadre de mon activité de salariée (ou activité qui y est assimilée).

**AVERTISSEMENT IMPORTANT**

J'ai pris connaissance du fait que mes indemnités de maternité seront réduites de 10%, si l'autorisation demandée m'est délivrée. Il en sera ainsi, même si je n'exerce pas, de manière effective, l'activité autorisée, durant tout ou partie de la période de protection de la maternité.

Je m'engage à ne pas exercer, sous peine de perdre le bénéfice total de mes indemnités de maternité, cette activité (activité indépendante) pendant les jours ou les heures durant lesquels j'aurais travaillé si une mesure de protection n'avait pas été prise (activité salariée ou assimilée).

Cette demande est destinée au médecin-conseil. Il est conseillé de la déposer contre accusé de réception ou de l'envoyer par recommandé postal, si l'on souhaite avoir la preuve de l'envoi de cette demande.

La demande et le certificat médical du médecin traitant (cf. infra) ne peuvent être expédiés séparément. Ils doivent parvenir au médecin-conseil le plus tôt possible.

<sup>1</sup>Aménagement provisoire des conditions de travail ou du temps de travail, changement de poste de travail, suspension de l'exécution du contrat de travail ou dispense de travail et interdiction d'accomplir un travail de nuit.



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

