

Arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (art. 91 à 98bis)

Si en tant que titulaire indépendant, vous avez arrêté toutes activités, vous pouvez demander une allocation de maternité qui consiste en un montant hebdomadaire forfaitaire, et cela pour toute la durée de votre repos de maternité.

Le repos de maternité dure en principe huit semaines. En cas de naissance multiple, la durée prévue est de neuf semaines.

Le repos de maternité se décompose comme suit :

- trois semaines de repos obligatoire dont une semaine avant et deux semaines à partir de la naissance ;
- cinq semaines de repos facultatif (ou six semaines en cas de naissance multiple).

Vous pouvez prendre le repos facultatif à partir de la troisième semaine précédant la date présumée de l'accouchement et jusqu'à la 23ème semaine à partir de l'accouchement. Vous devez prendre ces semaines par tranches de sept jours calendrier.

Documents justificatifs à fournir à votre mutualité

- un certificat médical qui mentionne la date présumée de l'accouchement et précise également s'il s'agit d'une naissance multiple ;
- un extrait de l'acte de naissance, délivré par le service de la population ou un certificat médical confirmant la naissance.

1. À remplir par la mutualité

Identification de la titulaire

Nom et prénom :

Adresse :

Code postal : □□□□ Localité :

NISS : □□□□□□ □□□ □□

2. À remplir par la titulaire

2.1. Début du repos prénatal

Par la présente, je sollicite le paiement de l'allocation de maternité à laquelle j'estime avoir droit en qualité de travailleuse indépendante.

La période de repos de maternité débute le □□-□□-□□□□ (le repos prénatal débute au plus tôt à partir de la troisième semaine et au plus tard à partir du septième jour qui précède la date présumée de l'accouchement).

Je joins à cet effet un certificat médical de mon médecin traitant (ou je fais compléter la dernière rubrique de ce formulaire par mon médecin traitant) indiquant la date présumée de l'accouchement et indiquant s'il s'agit de la naissance d'un seul enfant ou d'une naissance multiple.

2.2. Choix de la période de repos postnatal facultatif

Les semaines de repos postnatal facultatif peuvent être étalées sur 21 semaines, après les deux semaines de repos postnatal obligatoire.

Complétez le nombre de semaines de repos postnatal facultatif que vous avez choisies.

Après la période de repos postnatal obligatoire (2 semaines), qui dure du -- au -- inclus, je désire prendre le nombre suivant de semaines de repos postnatal facultatif (par tranches de 7 jours calendrier) :

- première semaine : du -- au -- inclus
- deuxième semaine : du -- au -- inclus
- troisième semaine : du -- au -- inclus
- quatrième semaine : du -- au -- inclus
- cinquième semaine : du -- au -- inclus
- sixième semaine : du -- au -- inclus

(en cas de naissance multiple).

Vous pourrez ultérieurement modifier les périodes de repos postnatal facultatif que vous avez choisies en fonction de la date réelle de l'accouchement.

Votre mutualité vous contactera à ce sujet après avoir reçu l'extrait d'acte de naissance ou le certificat médical attestant la naissance.

2.3. Cessation de toute activité professionnelle

Je m'engage à suspendre l'exercice de toutes mes activités professionnelles et à n'exercer aucune autre activité professionnelle, pendant les semaines de repos de maternité obligatoire ainsi que pendant la (les) période(s) de repos de maternité que j'ai choisie(s), et ce à partir de la date de début du repos de maternité que j'ai indiquée ci-avant. L'allocation de maternité ne peut m'être accordée que moyennant le respect de cet engagement.

2.4. Extrait d'acte de naissance

Je m'engage à transmettre le plus rapidement possible un extrait de l'acte de naissance (ou un certificat médical) à ma mutualité.

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

□□□-□□□□□□□□-□□

Certifié sincère.

Le...../...../.....

Signature

3. Certificat médical de repos de maternité (à remplir par le médecin traitant)

Je soussigné(e), Docteur en médecine, déclare avoir examiné Madame

..... le □□-□□-□□□□.

La date présumée de l'accouchement est fixée le □□-□□-□□□□.

La naissance prévue est (cocher ce qui est d'application) :

- la naissance d'un seul enfant

- une naissance multiple

Fait à

(Signature et cachet du médecin)

Ces données sont nécessaires à votre mutualité pour l'application de la loi relative à l'assurance indemnités et l'assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants (arrêté royal du 20 juillet 1971).

En application de la loi du 8 décembre 1992 (protection de la vie privée), vous avez le droit de prendre connaissance et d'obtenir rectification de vos données personnelles. Si vous souhaitez faire usage de cette faculté, veuillez vous adresser par écrit à votre mutualité.

Pour plus d'information concernant le traitement de ces données, vous pouvez vous adresser à la Commission de la vie privée (loi du 8 décembre 1992).