

**Voortzetten van de zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming uitoefende, door een zwanger of bevallen werkneemster of door een werkneemster die borstvoeding geeft en voor wie een maatregel van werkverwijdering is genomen als bedoeld in de artikelen 42 § 1, 43 of 43bis van de arbeidswet van 16 maart 1971.**

## Aanvraag tot toelating aan de adviserend arts



Scan dit ingevulde formulier in en bezorg het ons digitaal via [www.helan.be/contactformulier](http://www.helan.be/contactformulier)

Lukt dit niet digitaal? Stuur het per post naar Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Dienst Arbeidsongeschiktheid, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk.

Identificatienummer van de verzekeringsinstelling: .....

Naam en voornaam: .....

Rijksregisternummer: .....

Klantnummer: .....

- Ik verklaar recht te hebben op een maatregel van werkverwijdering<sup>1</sup> als bedoeld in de artikelen 42 § 1, 43 of 43bis van de arbeidswet wegens de uitoefening van een activiteit bedoeld in die wet (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit), waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden voor het uitoefenen ervan hierna worden beschreven.
- Ik verklaar onmiddellijk voor de voormelde periode van moederschapsbescherming een niet door de arbeidswet bedoelde activiteit (als zelfstandige) te hebben uitgeoefend, waarvan de aard, het volume, de werktijd en de voorwaarden vóór het uitoefenen ervan hierna worden beschreven.
- Ik vraag de toelating om laatstgenoemde activiteit (als zelfstandige) voort te zetten tijdens de periode, waarvoor in het kader van mijn bezoldigde activiteit (of ermee gelijkgestelde activiteit) een maatregel van moederschapsbescherming geldt.

### Belangrijke informatie

- Deze aanvraag (inclusief het gedeelte van uw behandelend arts) moet binnen een termijn van één maand na de werkverwijdering uit de loontrekkende activiteit (en het voortzetten van de zelfstandige activiteit) ingediend worden bij de adviserende arts van het ziekenfonds.
- Ik heb er kennis van genomen dat mijn moederschapsuitkeringen in het kader van werkverwijdering met 10% worden verminderd, als de gevraagde toelating mij wordt verleend. Zelfs als ik de toegestane activiteit niet werkelijk uitoefen, zullen de uitkeringen met 10% verminderd blijven gedurende de hele periode van moederschapsbescherming of een deel ervan. Indien ik de uitoefening van mijn activiteit als zelfstandige tijdelijk moet stopzetten (bv. door ziekte), zal ik mijn ziekenfonds zo snel mogelijk schriftelijk moeten informeren om de vermindering van 10% niet meer toe te passen.
- Op straffe van het volledige verlies van het recht op mijn moederschapsuitkeringen verbind ik mij ertoe, die activiteit (als zelfstandige) niet uit te oefenen tijdens de dagen of uren, tijdens welke ik zou hebben gewerkt als er geen beschermingsmaatregel was genomen (bezoldigde of ermee gelijkgestelde activiteit).
- Deze aanvraag is bestemd voor de adviserend arts. We raden u aan deze tegen een ontvangstbewijs af te geven of ze aangetekend te versturen, als u over het bewijs van de verzending van die aanvraag wenst te beschikken.
- Er mag geen enkele activiteit uitgeoefend worden vanaf de zevende dag voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum tot het einde van uw moederschapsrust.

<sup>1</sup> Een tijdelijke aanpassing van de arbeidsomstandigheden of van de arbeidstijd, overplaatsing, schorsing van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst en verbod op het vervullen van nachtarbeid.



**In te vullen door de gerechtigde**

	Bezoldigde activiteit	Zelfstandige activiteit
Aard		
Volume (aantal uur per week)		
Voorwaarde voor het uitoefenen		

Werktijd	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
06.00							
07.00							
08.00							
09.00							
10.00							
11.00							
12.00							
13.00							
14.00							
15.00							
16.00							
17.00							
18.00							
19.00							
20.00							
21.00							
22.00							

B - uitoefenen van de bezoldigde activiteit

Datum: ..... / ..... / .....

Z - uitoefenen van de zelfstandige activiteit

Handtekening van de gerechtigde:

R - rustperiode

**In te vullen door de behandelend arts**

Vermoedelijke datum van de bevalling: ..... / ..... / .....

- Ik ondergetekende, arts, verklaar dat ik bovenvermelde persoon verzorg en ik bevestig dat de bovenvermelde zelfstandige activiteit, die zij onmiddellijk voor de periode van moederschapsbescherming uitoefende, geen risico inhoudt voor haar gezondheid noch voor die van haar kind.
- op voorwaarde dat zij de hierna bepaalde voorwaarden voor de uitoefening naleeft:

.....

.....

.....

- Ik verzoek mijn confrater, adviserend arts, om mij, als hij niet akkoord gaat, zijn beslissing mee te delen.

Identificatie van de arts<sup>2</sup>: .....

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening van de behandelend arts:

<sup>2</sup> Inschrijvingsnummer toegekend door het RIZIV