Certificat d'éloignement du travail pour grossesse

helan
Mutualité libre

Scannez ce formulaire et transmettez-le de manière numérique sur www.helan.be/dossier-indemnites

Vous ne pouvez pas le faire numériquement ?

Alors, vous pouvez l'envoyer par courrier (Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk).

1. Identification

Nom et prénom : .....

Numéro national : .....

Numéro de client : .....

Adresse : .....

.....

2. Déclaration à compléter par le médecin du travail ou le médecin désigné

Je soussigné(e) ..... médecin du travail , déclare que

Madame ..... est empêchée d'accomplir son travail habituel, à partir du

..... / ..... / ..... pour cause de grossesse.

Cette déclaration est établie conformément aux dispositions des articles 41, 42 et 43 de la loi sur le travail du 16 mars 1971, à la loi du 3 avril 1995 et à l'AR du 2 mai 1995 en matière de protection de la maternité.

Date présumée de l'accouchement : ..... / ..... / .....

☐ grosesse unique

☐ gemellaire

Fait à : ..... , le ..... / ..... / .....

Signature :

3. Déclaration à compléter par l'employeur

Je soussigné(e) ..... déclare qu'à compter du ..... / ..... / ..... il n'est plus possible de

de faire exécuter à Madame ..... un travail compatible avec son état.

Cette déclaration est établie conformément aux dispositions des articles 41, 42 et 43 de la loi sur le travail du 16 mars 1971.

J'atteste que la travailleuse, dont question ci-dessus, est employée dans les liens d'un contrat :

☐ à durée indéterminée

☐ à durée déterminée, se terminant le ..... / ..... / .....

Fait à : ..... , le ..... / ..... / .....

Signature :

A526K0011100000000000000000000000A