

Certificat d'éloignement du travail pour grossesse



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 : / / grossesse 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 :



on de la maternité - Art. 239, 2° AR le 4 novembre 1963

A526K00111000000000000000000000000000A