PARTENA mutualité libre

Ce document est a renvoyer complété au service Indemnités de la Mutualité

Mutualité Partena, Sluisweg 2 bte 1 - 9000 Gent
vi@partena-mutualite.be

Davantages d'informations? www.partena-mutualite.be

ATTESTATION POUR L'INDEMNISATION DES PAUSES D'ALLAITEMENT

PARTIE À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR

Dénomination de l'employeur ou de l'entreprise

Adresse

Code postal - commune

Numéro d'inscription à l'O.N.S.S. ou à l'O.N.S.S.A.P.L. ou numéro unique d'entreprise

2. Nom et prénom de la travailleuse
(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Numéro de Registre national

3. Période de référence (1)

date de début : le date de fin : le

4. Nombre de pauses d'allaitement d'une demi-heure accordées durant la période de référence susvisée
Durant la période de référence susvisée, la travailleuse a pris pauses d'allaitement d'un demi-heure.

5. Montant du salaire brut correspondant à une heure de pause d'allaitement (2)
Le salaire brut correspondant à une heure de pause d'allaitement pendant la période de référence susvisée s'élève à euros cent.

J'atteste par la présente, que la travailleuse n'a pas bénéficié du salaire correspondant aux pauses d'allaitement susmentionnées et qu'elle a remis les documents de preuve requis dans le cadre de la réglementation du travail.

Certifié conforme et sincère,

A _____ , le _____

Signature _____

Partie à compléter par le titulaire au verso !

(1) La période de référence coïncide avec le mois civil durant lequel sont accordées les pauses d'allaitement; le date de fin de la période de référence ne peut toutefois être postérieure à la date de prise de la dernière pause d'allaitement.

(2) Lorsque la travailleuse est rémunérée par mois, le rémunération horaire moyenne est obtenue de la manière suivante:

$$\frac{\text{rémunération mensuelle} \times 12}{\text{e moyen d'heures par semaine (facteur Q)} \times 52}$$

I00101

1D0000000830025500

PARTIE Á COMPLÈTER PAR LE TITULAIRE

Adresse

Code postal - Localité

N° du Régistre national

Je suis conscient du fait q'une déclaration fausse ou incomplète peut donner lieu à une sanction administrative et peut entraîner des poursuites judiciaires..

Je déclare sur l'honneur que la demande pour l'indemnisation des pauses d'allaitement est sincère et complète.

A _____ , le _____

Signature _____

Ces données sont nécessaires à votre mutualité pour l'application de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi coordonnée le 14 juillet 1994).

En application de la loi du 8.12.1992 (protection de la vie privée) vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. 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 protection de la vie privée (loi du 8.12.1992).