

# Demande d'autorisation au médecin-conseil pour continuer à exercer une activité indépendante pendant une période de protection de la maternité

(application de l'art 219 ter, §5 AR du 3.7.1996, modifié par l'AR du 4.2.2000)

helan

Mutualité libre

Renvoyez le document au plus vite :

**Par voie digitale ? Remplissez-le dans Mon Helan.**

Documents > Incapacité de travail > "Demande de reprise du travail à temps partiel ou d'une activité"

**En papier ? Envoyez-le par poste.**

Helan Mutualité libre, Service Incapacité de travail, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Davantage d'informations : [www.helan.be](http://www.helan.be)

## À quoi sert ce formulaire ?

Vous devez compléter ce formulaire si vous voulez continuer à exercer une activité indépendante pendant votre période de protection de la maternité.

## Quand et à qui devez-vous transmettre ce formulaire ?

- Transmettez-nous **le formulaire de demande avant de débiter votre activité.**
- La demande doit être introduite auprès du médecin-conseil dans un délai d'un mois après l'écartement du travail pour l'activité salariée (et la poursuite de l'activité indépendante).
- Transmettez-nous un **certificat médical** établi par votre médecin traitant, précisant que cette activité ne comporte aucun risque pour votre santé, ni pour celle de votre enfant/vos enfants.

## Informations importantes

- Si vous deviez recevoir **l'autorisation**, vous vous **engagez à ne pas exercer** votre activité indépendante **pendant les périodes où vous exercez habituellement votre activité comme salariée.**  
(par ex., si avant d'être écartée de votre travail salarié, vous exercez votre activité tous les jours jusqu'au 17 heures, vous ne pourrez exercer votre activité indépendante qu'après 17 heures)
- Vous avez droit, pendant l'écartement, à une indemnité de 78,237% du salaire moyen auprès de l' (des) employeur(s) chez qui l'activité professionnelle a été cessée. Cette indemnité journalière est réduite de 10% supplémentaire si vous continuez votre activité indépendante.
- Aucune activité ne peut être exercée du septième jour précédant la date présumée de l'accouchement à la fin de la période de 9 semaines débutant le jour de l'accouchement. Vous devez en faire la déclaration au moyen du document de 'renonciation'.
- Si vous continuez à exercer votre activité indépendante pendant la période du repos prénatal, vous pouvez seulement prétendre à une indemnité de 60% du salaire moyen auprès de l' (des) employeur(s) chez qui l'activité professionnelle a été cessée. Cette indemnité journalière est également réduite de 10% durant l'exécution de votre activité indépendante.
- Si vous ne deviez pas exercer cette activité pour une raison quelconque, vos indemnités resteront réduites de 10%, à moins que vous ne renonciez à cette autorisation. Vous trouverez les explications sur la manière de renoncer à l'autorisation, dans la suite de ce document.

## Quand et à qui devez-vous transmettre ce formulaire ?

- **Qu'est-ce que la renonciation ?**  
La renonciation consiste au retrait de l'autorisation pour la période qui suit.
- **Comment en faire la demande?**  
Vous pouvez renoncer à l'autorisation en complétant le document ci-annexé.
- **Quelles sont les conséquences en cas de renonciation?**  
En cas de renonciation, vous percevez à nouveau le montant complet des indemnités, à compter de la date de la réception de la demande de retrait. Par le fait même, vous ne pourrez plus exercer aucune activité jusqu'à la fin de votre période de protection de la maternité.



\*K005111D0000000689290600\*

**PARTI I - À remplir par le titulaire**

Je, soussignée,

Prénom : .....

Nom : .....

Numéro de registre national : .....

Numéro de GSM ou de téléphone : .....

E-mail : .....

Vous pouvez aussi apposer une vignette

Demande au médecin-conseil de la mutualité l'autorisation de reprendre à partir du ..... / ..... / .....

(JJ/MM/AAAA) jusqu'au ..... / ..... / ..... mon activité indépendant comme .....

	Activité salariée (AS)	Activité indépendante (AI)
Nature : (par exemple ??)		
Volume : (heures par semaine / jour ??)		
Conditions d'exercice : (par exemple ??)		

Indiquez selon quel horaire vous exercez vos activités (AS et AI) :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
6 heures							
7 heures							
8 heures							
9 heures							
10 heures							
11 heures							
12 heures							
13 heures							
14 heures							
15 heures							
16 heures							
17 heures							
18 heures							
19 heures							
20 heures							
21 heures							
22 heures							

Je déclare que cette mandate est sincère et véritable.

Date : ..... / ..... / .....

Signature :

## **PARTI II - À compléter par le médecin traitant**

- Je, soussigné(e), docteur en médecine, déclare soigner la personne précitée, et confirme que l'activité indépendante dont question ci-dessus, exercée pendant la période protection de la maternité, ne comporte aucun risque pour sa santé, ni celle de son enfant.
- À condition de respecter les conditions d'exercice précisées ci-dessous :

.....  
.....

- Je demande au médecin-conseil de me communiquer sa décision, s'il ne devait pas marquer son accord.
- Date présumée de l'accouchement : ..... / ..... / .....

Date: ..... / ..... / .....

Signature de médecin traitant :

Identification du médecin traitant :