



Demande d'allocation pendant la période de protection de la maternité

Article 114bis de la Loi Coordinnée du 14/07/1993

Transmettez ce document à votre mutualité

K00111 (E) K00121 (A) / BIUF114

Mutualité Libre Securex

Région Wallonne et de Bruxelles-Capitale: Cours Saint-Michel 30 à 1040 Bruxelles

Région Flamande: Verenigde-Natieslaan 1 à 9000 Gent

Nom et prénom:

Adresse:

Code postal et commune:

Numéro d'inscription O.A.:

Numéro NISS:

Téléphone et/ou GSM:

E-mail:

Je sollicite une allocation pour ¹

Protection de la maternité pendant la grossesse

- Date de début de la protection de la maternité: / /
- J'annexe ci-après les documents suivants (sans lesquels votre demande ne peut être traitée)
 - Certificat délivré par l'employeur avec mention de la mesure prise (écartement du travail complet ou partiel, travail adapté)
 - Copie de la carte de l'examen médical, complétée par le médecin du travail

Protection de la maternité pendant le congé d'allaitement

- Période du congé d'allaitement: du / / au / / inclus
- J'annexe les documents suivants (sans lesquels votre demande ne peut être traitée)
 - Certificat délivré par l'employeur avec mention de la mesure prise (écartement du travail complet ou partiel, travail adapté)
 - Copie de la carte de l'examen médical, complétée par le médecin du travail

Date:

Signature du demandeur/la demandeuse:

¹ Indiquer d'une croix l'option souhaitée



Certificat à compléter par l'employeur pour l'application d'une demande d'allocation pendant la période de protection de la maternité

Article 3bis, 1, de l'ordonnance relative aux allocations (dispense de déclaration d'incapacité de travail en faveur des travailleuses enceintes ou ayant accouché ou des travailleuses allaitantes, pour qui une mesure de protection de la maternité est prise (dans le cadre de la loi sur le travail du 16 mars 1971)
Transmettez ce document, complété par votre employeur, à votre mutualité.

K00111 (E) K00121 (A) / BIUF114

Mutualité Libre Securex

Région Wallonne et de Bruxelles-Capitale: Cours Saint-Michel 30 à 1040 Bruxelles
Région Flamande: Verenigde-Natieslaan 1 à 9000 Gent

Le soussigné, employeur

Nom de l'employeur ou de l'entreprise:

Adresse:

Numéro d'inscription à l'ONSS ou l'ONSSAPL ou numéro d'entreprise:

Déclare que pour

Nom et prénom du travailleur:

Numéro NISS:

Conformément aux articles 42, 43 ou 43bis, 2ème alinéa de la loi du travail du 16 mars 1971, une des mesures suivantes a été prise et qu'elle subit une perte salariale suite à cette mesure.

- Adaptation provisoire des conditions de travail ou des horaires de travail à risque, attribution d'un autre lieu de travail ou d'un travail de jour à la travailleuse
- Suspension de l'exécution du contrat de travail ou dispense de travail

La période prévue pendant laquelle la mesure précitée de protection de la maternité est d'application

du / / au / / inclus

Le contrat de travail prend un terme le / /

Veuillez annexer une copie de la carte de l'examen médical, dûment complétée par le médecin du travail, auprès de ce document.

Une demande est-elle introduite auprès du Fonds des Maladies Professionnelles?

Oui, par qui?
Quand? / /

Non

Signature de l'employeur

Date

.....

..... / /