

# ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT

## TOESTEMMING VOOR DE UITOEFENING VAN EEN

## ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT

### TIJDENS EEN PERIODE VAN WERKVERWIJDERING

*Voortzetting door een werknemer die zwanger is, bevallen is of borstvoeding geeft en die het voorwerp uitmaakt van een maatregel van werkverwijdering, zoals bedoeld in artikel 42 §1, 43 of 43bis van de arbeidswet, van een zelfstandige activiteit die ze reeds uitoefende onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming*

#### **Aanvraag voor toestemming van de adviserende arts**

---

Naam: ..... Rijksregisternr.: .....

Voornaam: ..... Inschrijvingsnr. (VI) : .....

Adres: .....

.....

- 
- Ik verklaar het voorwerp uit te maken van een maatregel van werkverwijdering\*, zoals bedoeld in artikel 42 §1, 43 of 43bis van de arbeidswet, voor de uitoefening van een activiteit die in deze wet wordt vermeld (loontrekkende of gelijkgestelde activiteit). De aard, het volume, het uurrooster en de uitoefeningsvoorwaarden van deze activiteit worden hieronder beschreven.
  - Ik verklaar dat ik onmiddellijk vóór de voormelde periode van moederschapsbescherming reeds een activiteit uitoefende die niet onder de arbeidswet valt (zelfstandige activiteit). De aard, het volume, het uurrooster en de uitoefeningsvoorwaarden van deze activiteit worden hieronder beschreven.
  - Ik vraag de toestemming om deze laatst vermelde activiteit (zelfstandige activiteit) voort te zetten tijdens de periode die het voorwerp uit maakt van een maatregel van moederschapsbescherming in het kader van mijn activiteit als loontrekkende (of een hieraan gelijkgestelde activiteit).

#### **Belangrijke waarschuwing**

- Ik heb kennis genomen van het feit dat mijn moederschapsuitkeringen met 10% zullen worden verlaagd indien mij deze toestemming wordt verleend. Dit zal zelfs zo zijn indien ik de activiteit waarvoor ik de toestemming ontvang niet daadwerkelijk uitoefen tijdens de volledig of een deel van de periode van moederschapsbescherming.
- Ik verbind mij ertoe om deze activiteit (zelfstandige activiteit) niet uit te oefenen, op straffe van volledig verlies van mijn moederschapsuitkeringen, tijdens de dagen of uren waarop ik zou gewerkt hebben indien er geen beschermingsmaatregel zou zijn getroffen (loontrekkende of gelijkgestelde activiteit).
- Deze aanvraag is bedoeld voor de adviserende arts. Het is aanbevolen om deze te overhandigen tegen ontvangstbewijs of om deze per aangetekende brief te verzenden indien u een verzendingsbewijs wenst voor deze aanvraag.
- De aanvraag en het medisch attest van de behandelende arts mogen niet apart worden verzonden. Ze moeten zo snel mogelijk aan de adviserende arts worden bezorgd.

*\*Tijdelijke aanpassing van de werkomstandigheden of arbeidstijd, wijziging van de werkpost, opschorting van de uitvoering van de arbeidsovereenkomst of vrijstelling van arbeid en verbod op nachtarbeid.*

**In te vullen door de gerechtigde**

	Loontrekkende activiteit	Zelfstandige activiteit
Aard		
Volume		
Uitoefeningsvoorwaarden		

Uurrooster	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
06:00							
07:00							
08:00							
09:00							
10:00							
11:00							
12:00							
13:00							
14:00							
15:00							
16:00							
17:00							
18:00							
19:00							
20:00							
21:00							
22:00							

L: uitoefening van de loontrekkende activiteit  
Z: uitoefening van de zelfstandige activiteit  
R: rustperiode

Datum: ... / ... / .....  
Handtekening van de gerechtigde: .....

**In te vullen door de behandelende arts**

Verwachte bevallingsdatum: ... / ... / .....

- Ik, ondergetekende, arts, verklaar zorgverstreker te zijn van bovenvermelde betrokkene en bevestig dat de hierboven beschreven zelfstandige activiteit die zij onmiddellijk vóór de periode van moederschapsbescherming uitoefende geen risico inhoudt voor haar gezondheid of die van haar kind.
- Mits naleving van de hierna vermelde uitoefeningsvoorwaarden: .....
- Indien de adviserende arts een andere mening zou zijn toegedaan, verzoek ik mijn confrater me op de hoogte te brengen van zijn of haar beslissing.

Datum: ... / ... / .....

Handtekening van de behandelende arts: .....  
Stempel: