

Aansluitingsnummer:

INSZ:

BZ:

Betreft:

**AANVRAAG VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID  
(STELSEL VAN DE LOONTREKKENDEN)  
(Art 100 § 2 van de wet van 14 juli 1994)**

**Belangrijk – Lees dit eerst!**

**Waarvoor dient dit formulier?**

Dit formulier vult u in als u tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent en:

- de beroepsactiviteit, die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid, gedeeltelijk wenst te hervatten
- een nieuwe beroepsactiviteit wenst te hervatten
- een activiteit als zelfstandige wenst te hervatten die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit wenst te hervatten die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand
- het lopende akkoord wenst te vernieuwen.

**Aan wie moet u dit formulier bezorgen?**

Dit formulier bestaat uit twee rubrieken (een administratieve en een medische rubriek). U vult beiden in en bezorgt ze tegelijkertijd aan ons ziekenfonds, dit ter attentie van de adviserende arts.

**Wanneer moet u dit formulier bezorgen?**

U moet dit formulier ten laatste verzenden op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting. Indien het gaat om de vernieuwing van een lopend akkoord, dan moet de aanvraag ons worden opgestuurd **vóór het einde** van het akkoord.

**Belangrijk**

Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, of dat u het lopend akkoord wenst te vernieuwen, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden verminderd met 10% of zelfs geweigerd (in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit).

**Opgelet**

Dit document is een aanvraag om een akkoord te bekomen in het kader van een gedeeltelijke werkhervatting of de verlenging van een lopend akkoord. Vooraleer u gedeeltelijk aan de slag gaat, is het aangeraden om in het bezit te zijn van het schriftelijk akkoord van de adviserend arts ook in het kader van een vernieuwing van een lopend akkoord.

**Uitzondering**

Het is mogelijk om na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voort te zetten in de sport- en socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit "artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969 (vrijstelling van RSZ-bijdragen) in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, alvorens u van de adviserend arts van uw ziekenfonds een toelating heeft verkregen.

U moet dit formulier dan wel binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid verzenden.

**Toe te voegen documenten**

Indien uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd OF u een nieuwe arbeidsovereenkomst heeft ontvangen, dient u een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen aan dit formulier. Indien het nog niet beschikbaar is, dient u, zodra u die in uw bezit heeft, een kopie over te maken aan ons ziekenfonds.

Indien mogelijk, vragen wij u ons in het bezit te stellen van het akkoord van de arbeidsgeneesheer.

**Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met ons ziekenfonds.**



Aansluitingsnummer:

INSZ:

BZ:

Betreft:

**Rubriek 1: Aangifte van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid**

Ik, ondergetekende,

Naam: Voornaam: (of plak een kleefbriefje)

Rijksregisternummer (zie achterzijde van uw identiteitskaart):

GSM- of telefoonnummer: .....

E-mail (facultatief): .....

- verklaar dat ik vanaf ...../...../.....  
volgende activiteit .....heb hervat/wil hervatten.
- verklaar dat ik vanaf ...../...../.....  
volgende activiteit .....,  
waarvoor ik reeds een akkoord heb, wens te vernieuwen.

Via de onderstaande aanvraag tot toestemming vraag ik aan de adviserende arts van mijn ziekenfonds de **toestemming** om deze activiteit uit te oefenen of het lopende akkoord te **vernieuwen**.  
**In beide situatie is het noodzakelijk om rubriek 2 volledig in te vullen.**

Ik verklaar op erewoord dat alle gegevens in dit formulier volledig en correct zijn ingevuld.

Ik ben ervan op de hoogte dat een valse, onjuiste of onvolledige aangifte met een administratieve of een strafrechtelijke sanctie kan worden bestraft (artikel 233 van het Sociaal Strafwetboek).

**BELANGRIJK !!!**

Tijdens het 1ste jaar arbeidsongeschiktheid moet u ons medische getuigschriften voor de verlenging binnen 7 kalenderdagen blijven opsturen ook al heeft u het akkoord gekregen van de adviserende arts om gedeeltelijk te werken.

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

Handtekening:

**Rubriek 2: Aanvraag tot toestemming om gedeeltelijk het werk te mogen hervatten tijdens arbeidsongeschiktheid, met behoud van erkenning**

Ik, ondergetekende, Naam : Voornaam:

vraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toestemming of de vernieuwing om vanaf (dag/maand/jaar) ...../...../..... , een (beroeps)activiteit te hervatten of blijven uitoefenen als .....

**1. Kruis aan of het gaat om een (beroeps)activiteit als:**

- Arbeider
  - bij dezelfde werkgever(\*)
  - bij een andere werkgever
  - in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)
- Bediende
  - bij dezelfde werkgever(\*)
  - bij een andere werkgever
  - in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)

(\*) Indien bij dezelfde werkgever, geef het aantal arbeidsuren per week op dat u presteerde vóór uw arbeidsongeschiktheid (voltijds of met vermindering van de arbeidsregime in het kader van (bv.: 30/38 in het kader van ouderschapsverlof, andere reden ...): .....

- Zelfstandige
- Onthaalouder (aangesloten bij een erkende dienst en niet via een arbeidsovereenkomst gesloten met deze dienst)
- Werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van uitoefening van een activiteit “artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969” – vrijstelling van RSZ-bijdragen).
  - De activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die rééds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.
  - De activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die rééds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.
- Iedere andere activiteit
  - bezoldigde activiteit
  - onbezoldigde activiteit

**2. Welke taken gaat u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken, die u zal verrichten, afzonderlijk en zo concreet mogelijk:**

.....

.....

.....

.....

**3. Geef aan volgens welk uurrooster u de activiteit zal uitoefenen:**

O Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week in het kader van de gedeeltelijke tewerkstelling:

O Ik werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in).

Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1<sup>ste</sup> rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week in het kader van de gedeeltelijke tewerkstelling:

**Wat is het aantal arbeidsuren per week bij een voltijdse tewerkstelling (uw werkgever kan u helpen bij deze vraag):**

\* verplicht veld

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
<b>Week 1</b>	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
<b>Week 2</b>	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
<b>Week 3</b>	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
<b>Week 4</b>	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____

Gelieve elke informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden:

.....

.....

.....

**4. Vul onderstaande gegevens aan:**

Naam van uw werkgever of van de organisatie (enkel invullen als het geen hervatting van een zelfstandige activiteit betreft):

.....

Adres: .....

.....

Tel: .....

RSZ-nr:  en/of KBO-nr:

**OPGEPAST: indien het RSZ-nummer of het KBO-nummer niet ingevuld is, dan kan deze aanvraag niet behandeld worden!**

- Indien uw over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelend geneesheer (naam, adres, telefoon):

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer:

.....

.....

**Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.**

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

Handtekening:

Solidaris Brabant verwerkt jouw persoonsgegevens volgens de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (kaderwet) en de verordening 2016/679 van 27 april 2016 over de persoonsgegevens-bescherming. Dat geeft je het recht om je gegevens in te kijken, aan te vullen, om je tegen de verwerking van je gegevens te verzetten en om te vragen je gegevens te verbeteren, te beperken of te schrappen. Indien je meer informatie wenst over de verwerking van jouw gegevens, vindt je het Handvest over de persoonsgegevensbescherming via volgende link: <https://www.solidaris-brabant.be/nl/gebruiksvoorwaarden>