



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 verklaard, opnieuw deeltijds wil gaan werken.

Het gaat om een **gedeeltelijke** hervatting van:

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid
of
- een nieuwe beroepsactiviteit
of
- een activiteit als zelfstandige

die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.

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.

Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

U moet dit formulier ten laatste verzenden op **de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting.**

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

Toe te voegen documenten

U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen aan dit formulier wanneer:

- uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd
of
- u een nieuwe arbeidsovereenkomst heeft ontvangen.

Indien u nog niet beschikt over die wijzigingsclausule of nieuwe arbeidsovereenkomst, dient u, zodra u die in uw bezit heeft, een kopie over te maken aan ons ziekenfonds.

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/...../..... de volgende activiteit van

..... **hervat.**

Via de onderstaande aanvraag tot toestemming vraag ik aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toestemming om deze activiteit uit te oefenen.

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).

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 om vanaf (dag/maand/jaar)/...../..... , een (beroeps)activiteit te hervatten als
.....

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

- Arbeider
 - bij dezelfde werkgever
 - bij een andere werkgever

- Bediende
 - bij dezelfde werkgever
 - bij een andere werkgever

- Zelfstandige

- 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:

Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week:

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^{ste} rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
Week 1	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 _____
Week 2	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 _____
Week 3	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 _____
Week 4	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 _____

Geelieve 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:

De inzameling van deze persoonsgegevens door het Nationaal Verbond van Socialistische Mutualiteiten en de Federatie van Socialistische Mutualiteiten van Brabant is nodig om uw rechten te bepalen, dit in uitvoering van de wet op de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerd op 14/07/1994), om uw rechten te bepalen ten overstaan van de diensten georganiseerd in het kader van artikel 3b en c van de wet van 06/08/1990. De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer van 08/12/1992 verleent aan de persoon op wie de gegevens betrekking hebben een recht van toegang en van verbetering. Bijkomende informatie omtrent de verwerking van deze persoonsgegevens kan worden bekomen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (dienst openbaar register), Regentschapsstraat 61, 1000 Brussel.