

Aansluitingsnummer:  
INSZ:  
BZ:  
Betreft:

## AANVRAAG TOT EEN WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN)

**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 zelfstandige beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid of
- een andere zelfstandige beroepsactiviteit of
- een activiteit als werknemer of
- iedere andere bezoldigde of onbezoldigde activiteit die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.

### Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier vult u in en bezorgt u vervolgens 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 werk-hervatting. Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheids-uitkering worden verminderd met 10 % of zelfs geweigerd (in toepassing van de cumulregel met het beroeps-inkomen uit de aangepaste activiteit).

**OPGELET:** Dit document is een aanvraag. Vooraleer u deeltijds aan de slag gaat, is het aangeraden om in het bezit te zijn van het schriftelijk akkoord van de adviserende arts.

**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

- U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen als u het werk als werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid wil hervatten. Indien deze nog niet beschikbaar is, dient u, zodra u de overeenkomst 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:

**AANVRAAG TOT TOELATING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE MOGEN HERVATTEN  
TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING VAN  
ARBEIDSONGESCHIKTHEID**  
(art 23 of 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971)

*U moet dit formulier invullen indien u een deel van de beroepsactiviteit, die u vóór uw arbeidsongeschiktheid uitoefende, hervat of een andere activiteit uitoefent.*

**IDENTIFICATIE VAN DE GERECHTIGDE:**

Ik, ondergetekende, Naam: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_  
Adres: \_\_\_\_\_  
INSZ: \_\_\_\_\_ – E-mail: \_\_\_\_\_  
GSM- of telefoonnummer: \_\_\_\_\_  
vraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toelating om vanaf ...../...../....., een beroeps(activiteit) te mogen hervatten tijdens mijn arbeidsongeschiktheid.

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

**Zelfstandige**

- uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
- een andere zelfstandige activiteit

**Werknemer**

- arbeider
- bediende

**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 reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd.
- De activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds 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:**

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<sup>ste</sup> rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:

	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 u over deze gegevens beschikt:

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

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (als u het werk als werknemer hervat):

.....

.....

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

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

Handtekening: