



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 steeds **vóór** elke werkhervatting verzenden.

**Opgelet: u mag het werk slechts hervatten nadat u de toelating van de adviserend geneesheer van ons ziekenfonds heeft verkregen!**

### Toe te voegen documenten

- U dient, indien mogelijk, een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen als u het werk als werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid wil hervatten.
- Indien u nog niet beschikt over de 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.**



**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:

	<b>Maandag</b>	<b>Dinsdag</b>	<b>Woensdag</b>	<b>Donderdag</b>	<b>Vrijdag</b>	<b>Zaterdag</b>	<b>Zondag</b>
<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 de 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 (als u het werk als werknemer hervat):

.....

.....

**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), Regenschapsstraat 61, 1000 Brussel.