

**DIT FORMULIER INVULLEN INGEVAL VAN GEDEELTELIJKE HERVATTING VAN EEN BEROEPSACTIVITEIT TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

*U moet dit formulier invullen en ondertekenen en vóór uw werkhervatting aan uw ziekenfonds bezorgen. (1)*

AANGIFTE EN AANVRAAG TOT TOESTEMMING OM EEN ACTIVITEIT UIT TE OEFENEN TIJDENS DE ONGESCHIKTHEID MET BEHOUD VAN DE ERKENNING VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (ART.100 §2. VAN DE WET VAN 14107/1994). U moet dit formulier invullen indien u een deel van de beroepsactiviteit die u vóór uw arbeidsongeschiktheid uitoefende hervat of indien u een andere activiteit uitoefent.

**IK, ONDERGETEKENDE:**

**(VUL IN OF PLAK EEN ROZE KLEVER)**

**Naam:** \_\_\_\_\_ **Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Adres:** \_\_\_\_\_

**INSZ nr. :** \_\_\_\_\_

**Gsm- of telefoonnummer:** \_\_\_\_\_ **E-mail (facultatief):** \_\_\_\_\_

**verklaar dat ik vanaf** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ **de 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.**

**Het betreft 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

**Geef aan op welke dagen u gaat werken en hoeveel uren:**

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 _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
<b>Week 2</b>	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
<b>Week 3</b>	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
<b>Week 4</b>	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____
	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____	van _____ tot _____

Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster), aantal uren per week: \_\_\_\_\_

(1) Als u deze werkhervatting niet binnen de vereiste termijn aangeeft, kunnen uw arbeidsongeschiktheidsuitkeringen die overeenkomstig de regel betreffende de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen zijn berekend, met 10% worden verminderd of zelfs worden geweigerd.

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

---

---

---

---

Welke taken zal u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken die u zal verrichten afzonderlijk en zo concreet mogelijk.

---

---

---

---

Naam van uw werkgever / van de organisatie:

Adres: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

RSZ- of Ondernemingsnummer : \_\_\_\_\_

Indien u over deze gegevens beschikt:

De gegevens van uw behandelende geneesheer (naam, adres, telefoon): \_\_\_\_\_

De gegevens van de arbeidsgeneesheer: \_\_\_\_\_

Bewust van het feit dat een valse, onjuiste of onvolledige aangifte aanleiding kan geven tot een strafrechtelijke sanctie overeenkomstig artikel 233 van het Sociaal Strafwetboek of tot een administratieve sanctie, bevestig ik op erewoord dat onderhavige aangifte echt en volledig is.

### Belangrijke opmerking

Bezorg ons dit formulier VOOR de datum van werkhervatting. Indien uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd, of indien u een nieuwe arbeidsovereenkomst heeft ontvangen, dient u een kopie bij te voegen. 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 uw ziekenfonds.

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt

Datum, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Handtekening,

### Belangrijke opmerkingen

Tijdens uw arbeidsongeschiktheid heeft u de mogelijkheid om een deel van de beroepsbezigheid die u uitoefende vóór de intrede van de arbeidsongeschiktheid (of een andere beroepsbezigheid die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand) te hernemen. Hiertoe is wel vereist dat u de toestemming heeft bekomen van de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds om verder arbeidsongeschikt erkend te blijven.

Om deze toestemming te bekomen, dient u deze werkhervatting aan te geven en de toestemming te verzoeken aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds door middel van dit formulier. Dit formulier dient ten laatste op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting te worden verzonden naar uw ziekenfonds. Indien deze termijn niet wordt nageleefd, worden de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen berekend in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit, verminderd met 10 procent of zelfs geweigerd.

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