

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



U moet dit formulier invullen en ondertekenen en vóór uw werkhervatting naar uw ziekenfonds terugsturen.

Lees eerst de belangrijke opmerkingen op het laatste blad !

RUBRIEK 1: AANGIFTE VAN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

Identificatiegegevens

Naam: Voornaam:
Straat: Nr.: Bus: Index:
Postcode: Gemeente: Land:
Tel.: E-mailadres:
Rijksregisternummer:

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 GEDEELTELIJK HET WERK TE MOGEN HERVATTEN TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING

Ik, ondergetekende

Vraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf - -

een (beroeps)activiteit te hervatten als

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



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 (met/zonder onkostenvergoeding)**

** schrap wat niet past

Voorstel uurrooster gewenste activiteit

- Voor mijn arbeidsongeschiktheid werkte ik uren per week.

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

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).
Aantal uren per week:
- Ik vraag te werken volgens een vast uurrooster zoals aangegeven in de onderstaande tabel.
Aantal uren per week:

verdeeld als volgt:

Dag van de week	Uurregeling per dag	Totaal aantal uren per dag
MAANDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
DINSDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
WOENSDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
DONDERDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
VRIJDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
ZATERDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
ZONDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



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

.....
.....

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

.....
.....

GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER: naam van de werkgever, firma of instelling:

.....

Telefoonnummer:

Correspondentieadres:

.....

Adres van tewerkstelling:

Ondernemingsnummer:

Stempel/handtekening van de werkgever voor akkoord:

Indien u over deze gegevens beschikt:

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

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer:

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt

Datum: - -

Handtekening aanvrager:

Plak hier een klever van uw ziekenfonds.

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



Belangrijke opmerkingen

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u in als u tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent verklaard, opnieuw gedeeltelijk 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 uw ziekenfonds.

Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

De ingevulde en ondertekende aanvraag moet ten laatste de werkdag voor uw effectieve werkhervatting toekomen op uw ziekenfonds (de poststempel geldt als bewijs). U kunt ook uiterlijk de laatste werkdag voor de werkhervatting dit formulier afgeven bij uw ziekenfonds tegen ontvangstbewijs.

Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden **verminderd met 10 pct. 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 uw ziekenfonds.

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

We behandelen deze gegevens conform de wet van 8 december 1992 met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Met uitzondering van de persoonlijke medische en sociale gegevens, kunnen deze gegevens gebruikt worden om diensten van CM en van haar deelorganisaties waarmee een samenwerkingsakkoord werd gesloten te promoten. U hebt het recht om uw persoonsgegevens te consulteren en te laten verbeteren.