

**AANVRAAG TOT EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID  
REGIME VAN LOONTREKKENDE**

**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 vóór uw arbeidsongeschiktheid
- of een nieuwe beroepsactiviteit
- of een activiteit als zelfstandige
- of elke andere (on)bezoldigde activiteit die compatibel is met uw gezondheidstoestand.

**WANNEER MOET U DIT FORMULIER BEZORGEN?**

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

Uitzondering: als u na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voortzet in de sport- en de 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, moet u dit formulier verzenden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

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

**AAN WIE MOET U DIT FORMULIER BEZORGEN?**

Dit formulier bestaat uit twee rubrieken (een administratieve en een medische rubriek). U vult beide rubrieken in en bezorgt ze tegelijkertijd aan uw ziekenfonds of aan de gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

**TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN**

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

- uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd
- u een nieuwe arbeidsovereenkomst hebt ontvangen

Als u nog niet beschikt over die Wijzigingsclausule of de nieuwe arbeidsovereenkomst, moet u een kopie hiervan bezorgen aan uw ziekenfonds zodra u hierover beschikt. U moet een kopie toevoegen van de overeenkomst voor verenigingswerk wanneer u verenigingswerk wenst uit te oefenen. Als u nog niet beschikt over de overeenkomst voor verenigingswerk, moet u een kopie hiervan bezorgen aan uw ziekenfonds zodra u hierover beschikt. Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met uw ziekenfonds.

## RUBRIEK 1: AANGIFTE VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

### IN TE VULLEN DOOR DE WERKHERVATTER

OF HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

Naam : .....  
Voornaam : .....  
Rijksregisternr. : .....  
Straat en nr. : .....  
Postcode en gemeente : .....

Tél : .....

E-mail : .....

Ik verklaar dat ik vanaf ...../...../..... de volgende activiteit wil hervatten: .....

Via de onderstaande aanvraag tot toestemming vraag ik aan de adviserend arts 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 kan worden bestraft met een administratieve of een strafrechtelijke sanctie (artikel 233 van het Sociaal Strafwetboek).

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

Handtekening :

## RUBRIEK 2 : AANVRAAG TOT TOESTEMMING OM TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID DEELTIJDS OPNIEUW TE WERKEN MET BEHOUD VAN DE ERKENNING.

Ik, ondergetekende, .....  
vraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf ...../...../.....  
een beroepsactiviteit te hervatten als .....

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

- Arbeider
  - A) bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
  - B) bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
  - C) in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)
- Bediende
  - A) bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
  - B) bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)
  - C) in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)
- Zelfstandige
- Onthaalouder (aangesloten bij een erkende dienst en niet via een arbeidsovereenkomst afgesloten met deze dienst)
- Werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit "artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969" – vrijs-telling 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
- Elke 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.**

.....

.....

.....

Vóór mijn arbeidsongeschiktheid

- werkte ik ..... uren/week
- had ik geen beroepsactiviteit

**3. Geef aan op welke dagen en hoeveel uren u gaat werken tijdens uw medisch deeltijds werken:**

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).  
Aantal uren per week: .....
- Ik werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in). Als de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, hoeft u slechts 1 week in te vullen (1ste rij van de onderstaande tabel):  
Aantal uren per week: .....

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

Gelieve alle andere bruikbare informatie over uw uurrooster te vermelden:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

#### 4. Vul onderstaande gegevens aan

Naam van uw werkgever of van de organisatie: .....

Adres : .....

Tel. : .....

Als u over deze gegevens beschikt:

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

.....  
.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsarts:

.....  
.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheidsgetrouw is opgemaakt.

Datum :

Handtekening

**MyMutualia** Voor een snellere behandeling kunt u ons het ingevulde formulier terugsturen via het tabblad « formulier opladen » van ons online loket « MyMutualia ». In dat geval is het origineel niet meer nodig.

In overeenstemming met de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (AVG), informeren wij u dat wij - als verwerker - uw gegevens verwerken in het kader van onze opdracht tot deelname aan de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onder de verantwoordelijkheid van LNZ (Landsbond van de Neutrale Ziekenfondsen) die verantwoordelijk is voor de verwerking van de federale materies is, en onder de verantwoordelijkheid van de RMOB's van de neutrale ziekenfondsen, verwerkingsverantwoordelijken voor de geregionaliseerde materies. Voor bijkomende inlichtingen kunt u onze privacyverklaring raadplegen of contact met ons opnemen via [info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be).

ADMINISTRATIEVE ZETEL  
Place Verte, 41  
4800 Verviers  
Tél. 087 31 34 45

MAATSCHAPPELIJKE ZETEL  
Brand Whitlocklaan, 87/93 bus 4  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe  
Tél. 02/733 97 40

[info@mutualia.be](mailto:info@mutualia.be)  
[www.mutualia.be](http://www.mutualia.be)  
BE47 3480 0300 8680