Mutualia
Neutrale krankenkasse

ERKLÄRUNG ÜBER DIE BEENDIGUNG ODER ÄNDERUNG DER GENEHMIGTEN ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT - (ART.100, §2, DES AM 14/07/1994 KOORDINIERTEN GESETZES)

VOM SOZIALVERSICHERTEN AUSZUFÜLLEN

ODER BRINGEN SIE IHREN AUFKLEBER HIER AN

Name: .....

Vorname: .....

Nationalregisternummer: .....

Straße und Hausnummer: .....

PLZ und Gemeinde: .....

Tel: .....

E-Mail: .....

Erklärt wie folgt:

☐ Ich beendige endgültig, ab dem ..... / ..... / ..... die Arbeit als .....
für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten hatte.

☐ Ich habe aus gesundheitlichen Gründen oder freiwillig
seit (....,.... ..... / ..... / ..... Stunden angepasster Arbeit bis zum Ende des Monats)
vom ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / ..... (....,.... Stunden angepasster Arbeit)
die Arbeit als ..... , für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten hatte, vorübergehend unterbrochen.

☐ Ich habe das Arbeitsvolumen (Anzahl der Stunden)
ab ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / ..... *
ab ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / ..... *
für die Arbeit als ..... , für die ich die Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten hatte, erhöht.

☐ Ich habe im Rahmen der gewährten Bewilligung des beratenden Arztes das Arbeitsvolumen (Anzahl der Stunden)
ab ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / ..... *
ab ..... / ..... / ..... bis ..... / ..... / ..... *
für die Arbeit als ..... , für die ich die Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten hatte, erhöht.

Ich versichere, dass diese Erklärung wahr und vollständig ist.

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

* Ungefähre Angabe

VOM VERTRAUENSARZT AUSZUFÜLLEN

Name des Versicherten: .....

Vorname des Versicherten: .....

Nationalregisternummer: .....

Ich bestätige den Erhalt Ihrer Erklärung über die endgültige Beendigung Ihrer Tätigkeit als:

.....

für die Sie von mir zu nachstehendem Datum die Genehmigung erhielten: ...../...../.....

Ich kündige diese Genehmigung hiermit zum : ...../...../.....

Datum:...../...../..... Unterschrift des Vertrauensarztes:

MyMutualia Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia».In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD") teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutulaia.be zu kontaktieren.

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

HAUPTSITZ
Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680