

ANTRAG AUF TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT ODER ANTRAG AUF VERLÄNGERUNG EINER BESTEHENDEN ERLAUBNIS FÜR DIE TEILWEISE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREN EINER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

WOZU DIENT DIESES FORMULAR?

Sie müssen dieses Formular vollständig ausfüllen:

1. wenn Sie während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, wieder anfangen möchten zu arbeiten.

Dabei geht es um die (teilweise) Wiederaufnahme:

- der beruflichen Tätigkeit, der Sie vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit nachgegangen sind
- oder um eine neue berufliche Tätigkeit
- oder um eine Tätigkeit als Selbständiger
- oder um jede andere (nicht) entlohnte Tätigkeit, die mit Ihrem Gesundheitszustand vereinbar ist

oder

2. wenn Sie die Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit, die in Ihrer bestehenden Erlaubnis, während des Zeitraums zu arbeiten, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, angegeben wurden, ändern möchten. Sie müssen nur einen Teil dieses Formulars ausfüllen, wenn Sie Ihre bestehende Erlaubnis, während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt wurden, zu arbeiten, ohne irgendeine Änderung der angegebenen Bedingungen für die Ausübung Ihrer Tätigkeit verlängern wollen.

AN WEN MÜSSEN SIE DIESES FORMULAR ÜBERMITTELN?

Dieses Formular besteht aus zwei Rubriken (eine administrative Rubrik und eine medizinische Rubrik). Bitte füllen Sie beide Rubriken aus und übermitteln Sie beides zusammen an Ihre Krankenkasse oder die regionale Dienststelle der Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung.

WANN MÜSSEN SIE DIESES FORMULAR ÜBERMITTELN?

Sie müssen dieses Formular spätestens am ersten Werktag, der der Wiederaufnahme der Arbeit unmittelbar vorausgeht, zusenden.

Ausnahme: Wenn Sie nach Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine Tätigkeit im Sportbereich oder im soziokulturellen Bereich fortsetzen (über das besondere Statut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit „Artikel 17 LASS-Erlass vom 28. November 1969“ (Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)) nachgehen - im Rahmen der nicht direkt zugängliche Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, die durch ein persönliches Assistenzbudget oder durch ein persönliches Budget finanziert wird (Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft) nachgehendemäß einem vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits abgeschlossenen und tatsächlich ausgeführten Vertrag nachgehen; Sie müssen dieses Formular dann innerhalb von einem Monat ab der Arbeitsunfähigkeitserklärung einsenden.

Wenn Sie nicht rechtzeitig melden, dass Sie die Arbeit wiederaufgenommen haben, können Ihre Arbeitsunfähigkeitsentschädigungen um 10 % herabgesetzt oder Ihnen sogar verweigert werden (in Anwendung einer bestimmten Kumulierungsregel, wenn Sie berufliche Einkünfte aus der angepassten Tätigkeit beziehen).

BEIZUFÜGENDE DOKUMENTE

Sie müssen eine Kopie Ihres Arbeitsvertrags beifügen, wenn Sie Ihre Tätigkeit als Lohnempfänger während des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit wiederaufnehmen möchten. Wenn Sie noch nicht über den neuen Arbeitsvertrag verfügen, müssen Sie Ihrer Krankenkasse eine Kopie davon übermitteln, sobald Sie ihn haben. Sollten Sie Schwierigkeiten haben, dieses Formular auszufüllen, zögern Sie nicht, mit Ihrer Krankenkasse Kontakt aufzunehmen.

RUBRIK 1: ERKLÄRUNG ÜBER DIE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT IN TEILZEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

VOM FREIWILLIGEN AUSZUFÜLLEN

ODER KLEBEN SIE HIER IHRE VIGNETTE AUF

Nachname:
Vorname:
Nationalregisternummer:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Gemeinde:

Tel.:

E-Mail:

erklärt, dass ich ab dem/...../..... die folgende Tätigkeit wiederaufnehme:.....
.....

wiederaufnahme (oder fortsetze, wenn ich die Erlaubnis des Vertrauensarztes oder der/des Mitarbeitenden des multidisziplinären Teams bereits erhalten habe).

Über den nachstehenden Antrag auf Erlaubnis beantrage ich die Erlaubnis des Vertrauensarztes oder der/des Mitarbeitenden des multidisziplinären Teams meiner Krankenkasse, dieser Tätigkeit nachzugehen. Vergessen Sie dann nicht, die Rubrik 2 (auf den folgenden Seiten) zum Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit oder zur Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit auszufüllen.

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass alle in diesem Formular aufgeführten Angaben vollständig und richtig sind. Mir ist bekannt, dass eine falsche, unrichtige oder unvollständige Erklärung mit einer Verwaltungssanktion oder einer strafrechtlichen Sanktion geahndet werden kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches).

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

Unterschrift:

RUBRIK 2: ANTRAG AUF ERLAUBNIS FÜR DIE WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT IN TEILZEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT, MIT AUFRECHTERHALTUNG DER ANERKENNUNG

ODER KLEBEN SIE HIER IHRE VIGNETTE AUF

Nachname:
Vorname:
Nationalregisternummer:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Gemeinde:

Tel.:

E-Mail:

Ich, die/der Unterzeichnete, beantrage beim Vertrauensarzt oder der/dem Mitarbeitenden des multidisziplinären Teams der Krankenkasse: je nach Art des Antrags ankreuzen und ausfüllen

1. Neuer Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit

- Ich beantrage die Erlaubnis, ab dem (Tag/Monat/Jahr) / / eine (berufliche) Tätigkeit wiederaufzunehmen als
Bitte füllen Sie für diese Art von Antrag sämtliche nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende ehrenwörtliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit MIT Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

- Ich beantrage die Erlaubnis zur Verlängerung der bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme MIT Änderungen der bereits gemeldeten Bedingungen für die Ausübung ab dem (Tag/Monat/Jahr) / / einer (beruflichen) Tätigkeit als
Bitte füllen Sie für diese Art von Antrag die nachstehenden Punkte 1 bis 4 nur dann aus, wenn es eine Änderung zur bestehenden Erlaubnis gibt, und unterzeichnen Sie die nachstehende ehrenwörtliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

- Ich beantrage die Erlaubnis zur Verlängerung der bestehenden Erlaubnis für die teilweise Wiederaufnahme OHNE Änderungen der bereits gemeldeten Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit für eine (berufliche) Tätigkeit als
In diesem Fall müssen Sie die Punkte 1 bis 4 nicht ausfüllen, sondern nur die ehrenwörtliche Erklärung am Ende dieses Formulars unterzeichnen.

1. Ankreuzen, um anzugeben, ob es sich um eine (berufliche) Tätigkeit handelt als:

- Arbeiter
- A) beim gleichen Arbeitgeber (einem anderen als dem unter C genannten Arbeitgeber)
 - B) bei einem anderen Arbeitgeber (einem anderen als dem unter C genannten Arbeitgeber)
 - C) in einem Unternehmen außerhalb des normalen Arbeitskreislaufes (beschützte Werkstätte)
- Angestellter
- A) beim gleichen Arbeitgeber (einem anderen als dem unter C genannten Arbeitgeber)
 - B) bei einem anderen Arbeitgeber (einem anderen als dem unter C genannten Arbeitgeber)
 - C) in einem Unternehmen außerhalb des normalen Arbeitskreislaufes (beschützte Werkstätte)
- Selbständiger
- Tagesvater (-mutter) (der (die) einem anerkannten Dienst angeschlossen und nicht über einen Arbeitsvertrag an diesen Dienst gebunden ist)
- Im Sportbereich oder im soziokulturellen Bereich beschäftigter Arbeitnehmer (über das besondere Statut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit „Artikel 17 LASS-Erlass vom 28. November 1969“ – Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)
- die Tätigkeit ist die Fortsetzung der Ausführung eines Arbeitsvertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und der bereits davor tatsächlich ausgeführt wurde Nicht entlohnte Tätigkeit
 - die Tätigkeit ist nicht die Fortsetzung der Ausführung eines Arbeitsvertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und der bereits davor tatsächlich ausgeführt wurde

- Im Rahmen der nicht direkt zugänglichen Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, die durch ein persönliches Assistenzbudget oder durch ein persönliches Budget finanziert wird (Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft)
 - entlohnte Tätigkeit
 - nicht entlohnte Tätigkeit

- Sonstige Tätigkeit
 - entlohnte Tätigkeit
 - nicht entlohnte Tätigkeit

2. Welche Aufgaben nehmen Sie wahr? Beschreiben Sie alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie ausführen, gesondert und möglichst konkret.

.....

.....

.....

Vor meiner Arbeitsunfähigkeit:

- habe ich Stunden/Woche geleistet
- hatte ich keine berufliche Tätigkeit

3. Bitte geben Sie die Tage und Uhrzeiten an, während denen Sie im Rahmen Ihrer Teilzeittätigkeit aus gesundheitlichen Gründen arbeiten gehen:

- Ich arbeite nach einem flexiblen Zeitplan (keine feste Arbeitszeit)
Anzahl der Stunden pro Woche:
- Ich arbeite nach einer festen Zeitplan (bitte füllen Sie auch die unten aufgeführte Stundentabelle aus). Wenn die Arbeitstage und -zeiten jede Woche gleich sind, füllen Sie bitte nur die Woche 1 aus (1. Zeile der nachstehenden Tabelle):
Anzahl der Stunden pro Woche:

	Montag	Dienstag	Mittwoch	Donners- tag	Freitag	Samstag	Sonntag
Woche 1	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
Woche 2	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
Woche 3	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
Woche 4	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis
	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis	Von bis

Bitte geben Sie alle weiteren Informationen an, die im Zusammenhang mit Ihrer Arbeitszeit zweckdienlich sind.

.....

.....

.....

4. Füllen Sie die nachstehenden Angaben aus

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation (nur auszufüllen, wenn es sich nicht um die Wiederaufnahme einer selbständigen Tätigkeit handelt):

Adresse:

Tel.:

Wenn Sie über diese Daten verfügen:

- Kontaktdaten Ihres behandelnden Arztes (Name, Adresse, Telefon):

.....
.....

- Kontaktdaten des Gefahrenverhütungsberaters-Betriebsarztes:

.....
.....

Ich versichere, dass dieser Antrag wahrheitsgetreu ist.

Datum:

Unterschrift:



Sie möchten eine schnelle Bearbeitung? Laden Sie Ihr ausgefülltes Formular mit wenigen Klicks über den Reiter «Dokument senden» in MyMutualia hoch. Das Original in Papierform ist nicht mehr erforderlich. Einfach, schnell, effizient!

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@mutualia.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