

AANVRAAG TOT TOELATING VOOR EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING OF AANVRAAG TOT VERLENGING VAN EEN BESTAANDE TOELATING VOOR EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID**WAARVOOR DIENT DIT FORMULIER?**

Dit formulier vult u **volledig** in:

1. als u opnieuw aan het werk wilt tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

Het gaat om een (gedeeltelijke) hervatting van

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid
of
- een nieuwe beroepsactiviteit
of
- een activiteit als zelfstandige
of
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit
die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.

of

2. als u de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit wilt wijzigen in uw bestaande toelating om te werken tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

U hoeft slechts **een deel** van dit formulier in te vullen als u, zonder enige wijziging van de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit, uw bestaande toelating om te werken wilt verlengen tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

AAN WIE MOET U DIT FORMULIER BEZORGEN?

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

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 het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of een persoonsvolgend budget (PVB)

en dit 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).

TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN

U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen als u het werk als werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid wil hervatten.

Indien u nog niet beschikt over die 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 in contact treden 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 :

Tel :

E-mail :

verklaar dat ik vanaf/...../..... de volgende activiteit van

.....
hervat (of voortzet als ik al voorheen de toelating van de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team heb ontvangen).

Via de onderstaande aanvraag tot toelating vraag ik aan de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team van mijn ziekenfonds de toelating om deze activiteit uit te oefenen. Vergeet dus niet om de Rubriek 2 (volgende pagina's) in te vullen over de aanvraag tot toelating om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten of tot verlenging van een bestaande toelating om het werk gedeeltelijk te hervatten tijdens de arbeidsongeschiktheid.

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 TOELATING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE MOGEN HERVATTEN OF AANVRAAG TOT VERLENGING VAN EEN BESTAANDE TOELATING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE HERVATTEN TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

IN TE VULLEN DOOR DE WERKHERVATTER

OF HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

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

Tel. :

E-mail :

dien de volgende aanvraag bij de adviserend arts of de medewerker van het multidisciplinaire team van mijn ziekenfonds in: kruis aan en vul in afhankelijk van het type van de aanvraag

Nieuwe vraag tot een gedeeltelijke hervatting van het werk

- ik vraag de toelating om vanaf (dag/maand/jaar)/...../.....
een (beroeps)activiteit te hervatten als

Gelieve voor dit type aanvraag alle onderstaande punten 1 tot en met 4 in te vullen en de onderstaande verklaring op erewoord te ondertekenen.

Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten MET een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit

- ik vraag de toelating om vanaf (dag/maand/jaar)
de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting MET een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als

Gelieve voor dit type aanvraag de onderstaande punten 1 tot en met 4 enkel in te vullen wanneer er een wijziging is in vergelijking met de bestaande toelating en de onderstaande verklaring op erewoord te ondertekenen.

Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten ZONDER een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit

- ik vraag de toelating om de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting ZONDER een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als

In deze situatie moet u niet de punten 1 tot 4 invullen, maar enkel de verklaring op erewoord aan het einde van dit formulier ondertekenen.

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

Gelieve alle andere bruikbare informatie over uw uurrooster te vermelden:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Vul onderstaande gegevens aan

Naam van uw werkgever of van de organisatie (enkel invullen als het geen hervatting van een zelfstandige activiteit betreft):

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



Wil je een snelle verwerking? Upload je ingevuld formulier in enkele klikken via het tabblad «Document verzenden» op MyMutualia. Het originele papieren document is niet meer nodig. Simpel, snel, efficiënt!

In overeenstemming met de Europese Verordening van 27 april 2016 over de Bescherming van Gegevens (AVG), informeren wij u dat wij 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, 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.

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
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680