

AANVRAAG TOT EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN)

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

AAN WIE MOET U DIT FORMULIER BEZORGEN?

Dit formulier vult u in en bezorgt u vervolgens aan uw ziekenfonds of aan de gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

WANNEER MOET U DIT FORMULIER BEZORGEN?

U moet dit formulier steeds terugbezorgen vóór elke werkhervatting.

OPGELET! U mag het werk slechts hervatten nadat u hiervoor de toestemming hebt gekregen van de adviserend arts van uw ziekenfonds.

TOE TE VOEGEN DOCUMENTEN

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

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

AANVRAAG TOT TOELATING OM HET WERK (GEDEELTELIJK) TE MOGEN HERVATTEN TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

IN TE VULLEN DOOR DE WERKHERVATTER

OF HIER EEN KLEEFBRIEFJE AANBRENGEN

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

Tel :

E-mail :

Ik 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:

- Zelfstandige
 - De zelfstandige activiteit die u uitoefende vóór de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
 - Een andere zelfstandige activiteit
- Werknemer
 - Arbeider
 - Bediende
- Iedere 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.

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

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 (enkel in te vullen indien het hier geen werkhervatting als zelfstandige betreft):

Adres :

Tel :

Als u over deze gegevens beschikt:

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

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsarts (indien u het werk hervat als werknemer):

.....

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag 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.

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