

## ANTRAG AUF WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT IN TEILZEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT SYSTEM FÜR ARBEITNEHMER

### WOZU DIENT DIESES FORMULAR?

Sie füllen dieses Formular aus, wenn Sie während des Zeitraums, in dem Sie für arbeitsunfähig erklärt wurden, wieder anfangen möchten in Teilzeit zu arbeiten.

Dabei geht es um die Wiederaufnahme in Teilzeit:

- 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

### AN WEN MÜSSEN SIE DIESES FORMULAR ÜBERMITTELN?

Dieses Formular umfasst zwei Rubriken (eine administrative Rubrik und eine medizinische Rubrik). Füllen Sie beide aus und übermitteln Sie sie zusammen Ihrer Krankenkasse oder dem regionalen Büro 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)) in Ausführung eines vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit bereits abgeschlossenen und tatsächlich ausgeführten Vertrags, müssen Sie dieses Formular innerhalb von einem Monat ab der Arbeitsunfähigkeitserklärung zusenden.

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 diesem Formular eine Kopie des Arbeitsvertrags beifügen, wenn:

- Ihr Arbeitsvertrag angepasst oder geändert wurde
- oder wenn Sie einen neuen Arbeitsvertrag erhalten haben.

Wenn Sie über diesen Zusatzvertrag oder neuen Arbeitsvertrag noch nicht verfügen, müssen Sie Ihrer Krankenkasse eine Kopie davon übermitteln, sobald Sie ihn haben.

Sie müssen eine Kopie des Vertrags auf dem Gebiet der Vereinsarbeit beifügen, wenn Sie einer Vereinsarbeit nachgehen möchten. Wenn Sie über diesen Vertrag auf dem Gebiet der Vereinsarbeit noch nicht 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: .....

mit dem nachstehenden Antrag auf Erlaubnis beantrage ich die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, dieser Tätigkeit nachzugehen.

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**

Ich, der Unterzeichnende, .....

beantrage die Erlaubnis des Vertrauensarztes meiner Krankenkasse, ab dem (Tag/Monat/Jahr)

...../...../..... eine berufliche Tätigkeit wiederaufzunehmen als .....

**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
- Jede andere 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 variablen Stundenplan (keine feste Arbeitszeit)  
Anzahl der Stunden pro Woche: .....
- Ich arbeite nach einer festen Arbeitszeit (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 des Arbeitgebers oder der Organisation: .....

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:



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