

GETUIGSCHRIFT ARBEIDSONGESCHIKTHEID - VERTROUWELIJK

GROENE KLEVER PLAKKEN

In te vullen door de sociaal-verzekerde

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres):

De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de 2 kalenderdagen alle wijzigingen van zijn verblijfadres meedelen.

Dit getuigschrift betreft een: begin van deze arbeidsongeschiktheid
 verlenging van deze arbeidsongeschiktheid

Beroepssituatie op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid:

Arbeider Bediende Werkloos Zelfstandige Meewerkende Echtgenoot

Beroep (huidig):

.....

Bent u zelfstandige in bijberoep ? : NEEN JA

De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van: een ongeval een beroepsziekte
 een andere ziekte

De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (8/12/1992) verleent de personen op wie die informatie betrekking heeft, een recht op toegang en op verbetering. Bijkomende informatie over de verwerking van die informatie kan bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden verkregen.

MEDISCH GEHEIM: in te vullen door de arts

Ik ondergetekende, arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen, waarover ik nu beschik, vast te hebben gesteld dat betrokken persoon arbeidsongeschikt is

van tot en met

Diagnose of symptomatologie, en/of functionele stoornissen

.....

Professionele en sociale moeilijkheden kunnen eveneens vermeld worden. Het geheel van deze bevindingen laten een betere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid toe. Zo kan men de oproepingen gericht inplannen.

Facultatieve codering van de hoofddiagnose: (ICPC-2 of ICD-10):

De betrokkene is of zal worden **gehospitaliseerd** vanaf

In geval van **zwangerschap**, vermoedelijke bevallingsdatum:

Communicatie met de adviserend arts : de adviserend arts kan mij telefonisch of via mijn mailadres bereiken:

De overdracht van medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren.

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV

Datum en handtekening arts

Hoe gebruikt u dit formulier?

- Laat het formulier 'Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid' invullen door uw arts. Alle rubrieken moeten ingevuld zijn voor een geldige aangifte van arbeidsongeschiktheid.
- Stuur het ingevulde getuigschrift via de post naar uw ziekenfonds. De poststempel geldt als bewijs van verzending en van datum van ontvangst. Deponeer het ingevulde getuigschrift nooit in een ziekenfondsbrievenbus.
- Verzond het ingevulde getuigschrift steeds tijdig. Het moet binnen onderstaande termijnen (vanaf begindatum arbeidsongeschiktheid) worden bezorgd aan de adviserend arts van het ziekenfonds:

Bedienden	28 kalenderdagen
Arbeiders	14 kalenderdagen
Werklozen en andere personen die niet (meer) werken bij de aanvang van de ongeschiktheid (bv. interim)	48 uren
Onthaalouders	48 uren
Zelfstandigen	14 kalenderdagen
Na ontslag uit het ziekenhuis	48 uren
Een herval na een werkhervatting	48 uren
<i>Verlengingsattest arbeidsongeschiktheid</i>	<i>48 uren</i>

Bij twijfel: doe steeds aangifte binnen de twee kalenderdagen.

Belangrijke info:

- ***Als u uw arbeidsongeschiktheid te laat aangeeft, dan verliest u 10 % van de ziekte-uitkering waarop u recht heeft tot en met de datum van ontvangst (poststempel) van het ingevulde getuigschrift.***
- De adviserend arts beoordeelt uw arbeidsongeschiktheid en deelt zijn beslissing schriftelijk aan u mee.
- ***Ben je langer ziek dan de einddatum vermeld op uw erkenningsbrief? Bezorg dan tijdig een nieuw getuigschrift als verlengingsaanvraag voor uw arbeidsongeschiktheid.***
- Hervat u het werk of de werkloosheid vóór de einddatum van de erkenning? Bezorg ons dan een ingevuld attest van werkhervatting.
- Wanneer u uw werk deeltijds wenst te hervatten moet u dit steeds voorafgaandelijk aanvragen bij onze adviserend arts.
- Ga steeds in op een oproep tot controle-onderzoek bij de adviserend arts, anders kan uw uitkering geblokkeerd worden.
Kan u om medische redenen niet komen, neem dan contact met ons op.

***Voor meer info contacteer de dienst arbeidsongeschiktheid:
arbeidsongeschiktheid@vnz.be of 03 491 09 88.***

VERZENDEN NAAR: VNZ – ANTWERPSESTRAAT 145 – 2500 LIER