

## Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

Tel. 03 491 09 88

arbeidsongeschiktheid@vnz.be

# AANVRAAG VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

**Belangrijk – Lees eerst dit!**

## 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 één van volgende opties:

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid
- een nieuwe beroepsactiviteit
- een activiteit als zelfstandige
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit

die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.

## Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

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

Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden **verminderd met 10 pct. of zelfs geweigerd worden** (in toepassing van de cumulregel met het beroepsinkomen uit de aangepaste activiteit).

## Toe te voegen documenten

U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen aan dit formulier wanneer

- uw arbeidsovereenkomst werd aangepast of gewijzigd  
of
- u een nieuwe arbeidsovereenkomst heeft ontvangen.

Indien u nog niet beschikt over die wijzigingsclausule of nieuwe arbeidsovereenkomst, dient u zodra u die in uw bezit heeft een kopie over te maken aan uw ziekenfonds.

U dient een kopie van de overeenkomst voor verenigingswerk toe te voegen aan dit formulier wanneer u verenigingswerk wenst uit te oefenen. Indien u nog niet beschikt over die overeenkomst voor verenigingswerk, 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 contact opnemen met uw ziekenfonds.**

## Rubriek 1: Aangifte van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid

Ik, ondergetekende

voor- en achternaam:

(of plak een kleeftbriefje)

rijksregisternummer:

(zie achterzijde van uw identiteitskaart)

GSM- of telefoonnummer:

e-mailadres:

**verklaar dat ik vanaf**  20  de volgende activiteit

..... **hervat.**

Via de onderstaande aanvraag tot toestemming vraag ik aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toestemming om deze activiteit uit te oefenen.

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 met een administratieve of een strafrechtelijke sanctie kan worden bestraft (artikel 233 van het Sociaal Strafwetboek).

Datum:  20



### 3. Geef aan op welke dagen u gaat werken en hoeveel uren:

#### VOOR MIJN ONGESCHIKTHEID

- Oefende ik een activiteit uit als ..... met een uurrooster van ..... u/week
- Oefende ik geen beroepsactiviteit uit

#### NU

- Werk ik in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).

Aantal uren per week:

- Werk ik in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in). Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1<sup>ste</sup> rij van de onderstaande tabel).

Aantal uren per week:

	Maandag	Dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
<b>Week 1</b>	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 ..... .....
<b>Week 2</b>	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 ..... .....
<b>Week 3</b>	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 ..... .....
<b>Week 4</b>	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 elke andere informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden.

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

**4. Vul onderstaande gegevens aan**

Naam van uw werkgever of organisatie: .....

.....

Adres: .....

.....

Tel.: .....

Indien 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 waarheid werd opgemaakt.**

**Datum:** | | | 2 | 0 | | |

**Handtekening:**