

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

Tel. 03 491 09 88

arbeidsongeschiktheid@vnz.be

AANVRAAG TOT EEN WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (stelsel van de zelfstandigen)

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

die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

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

Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

U moet dit formulier steeds **vóór** elke werkhervatting verzenden.

Opgelet! U mag het werk slechts hervatten **nadat u de toelating** van de adviserend arts van uw ziekenfonds **heeft verkregen**.

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.

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.

Aanvraag tot toelating om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten tijdens arbeidsongeschiktheid, met behoud van de erkenning van arbeidsongeschiktheid

Ik, ondergetekende

voor- en achternaam:

(of plak een kleeftbriefje)

rijksregisternummer:

(zie achterzijde van uw identiteitskaart)

gsm- of telefoonnummer:

e-mailadres (facultatief):

vraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf een beroepsactiviteit te hervatten als

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

1. Kruis aan of het gaat om een (beroeps)activiteit als

- Zelfstandige
 - uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
 - een andere zelfstandige activiteit
- Werknemer
 - arbeider
 - bediende
- Verenigingswerker¹ (gelieve desbetreffende overeenkomst voor verenigingswerk toe te voegen)
- Occasionele dienstenverrichter²
- 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.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

1 Het gaat om betaalde diensten voor socioculturele verenigingen zonder winstoogmerk, feitelijke verenigingen of openbare besturen. De diensten moeten buiten het professionele circuit vallen: het gaat bijvoorbeeld om gidsen, sporttraining geven, speelpleinwerking, begeleiding van schooluitstappen, enzovoort.

2 Het gaat om occasionele, betaalde diensten van een privépersoon aan een andere privépersoon. Bijvoorbeeld kleine onderhoudswerken aan de woning, gras maaien, kinderopvang, bijlessen, administratieve bijstand, enzovoort.

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^{ste} 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 elke andere informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden.

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

4. Vul onderstaande gegevens aan

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

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: