

Uw contact: Arbeidsongeschiktheid
Telefoon: +32 53 42 29 86
E-mail: arbeidsongeschiktheid@nzvl.be
Uw klantnummer:

AANVRAAG TOT TOELATING VOOR EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING OF AANVRAAG TOT VERLENGING VAN EEN BESTAANDE TOELATING VOOR EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN)

1. Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u **volledig** in als u opnieuw aan het werk wilt tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend of als u de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit wilt wijzigen in uw bestaande toelating om te werken tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

Het gaat om een (gedeeltelijke) hervatting van

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

die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.

U hoeft slechts **een deel** van dit formulier in te vullen als u, zonder enige wijziging van de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit, uw bestaande toelating om te werken wilt verlengen tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

2. Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier bestaat uit twee rubrieken (een administratieve en een medische rubriek). U vult beide in en bezorgt ze tegelijkertijd aan uw ziekenfonds.

3. Wanneer moet u dit formulier bezorgen ?

U moet dit formulier verzenden **ten laatste op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting.**

Uitzondering: als u na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voortzet

- in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit "artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969" (vrijstelling van RSZ-bijdragen))
- in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of een persoonsvolgend budget (PVB)

en dit in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, moet u dit formulier verzenden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

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

4. 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.

**RUBRIEK 1: AANGIFTE VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING
TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

Ik, ondergetekende:

Naam en voornaam (of plak een kleefbriefje)

Rijksregisternummer (INSZ) (zie achterzijde van uw identiteitskaart).....

Gsm -of telefoonnummer

E-mail (facultatief)

verklaar dat ik vanaf

de volgende activiteit van **hervat**
(of **voortzet** als ik al voorheen de toelating van de Adviserend Arts heb ontvangen).

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

Vergeet dus niet om de rubriek 2 (volgende pagina's) in te vullen over de aanvraag tot toelating om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten of tot verlenging van een bestaande toelating om het werk gedeeltelijk te hervatten tijdens de arbeidsongeschiktheid.

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:/...../

Handtekening:



**RUBRIEK 2: AANVRAAG TOT TOESTEMMING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE MOGEN
HERVATTEN OF AANVRAAG TOT VERLENGING VAN EEN BESTAANDE TOELATING OM HET
WERK GEDEELTELIJK TE HERVATTEN TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID,
MET BEHOUD VAN ERKENNING**

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam (of plak een kleefbriefje)

Rijksregisternummer (INSZ) (zie achterzijde van uw identiteitskaart).....

Gsm -of telefoonnummer

E-mail (facultatief)

dien de volgende aanvraag bij de adviserend arts van mijn ziekenfonds in: **kruis aan en vul in afhankelijk van het type van de aanvraag**

A. Nieuwe vraag tot een gedeeltelijke hervatting van het werk

Ik vraag aan de Adviserend Arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf (dag/maand/jaar)

een (beroeps)activiteit te hervatten als.....

Gelieve voor dit type aanvraag alle onderstaande punten 1 tot en met 4 in te vullen en de onderstaande verklaring op erewoord te ondertekenen.

B. Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten MET een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit

Ik vraag aan de Adviserend Arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf (dag/maand/jaar)

de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting MET een

wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als

Gelieve voor dit type aanvraag alle onderstaande punten 1 tot en met 4 in te vullen en de onderstaande verklaring op erewoord te ondertekenen.

C. Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten ZONDER een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit

Ik vraag aan de Adviserend Arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf (dag/maand/jaar)

de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting ZONDER

een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als

*In deze situatie moet u niet de punten 1 tot 4 invullen, maar enkel de verklaring op erewoord aan het **einde** van dit formulier ondertekenen.*



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

- werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector** (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit “**artikel 17** RSZ-besluit van 28 november 1969” – vrijstelling van RSZ-bijdragen)
 - A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
 - B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

- in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via **een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of een persoonsvolgend budget (PVB):**
 - A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
 - B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

- 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. (bv. volgen cursus, gemeenteraadslid, ...)

.....

.....

.....



Vóór mijn arbeidsongeschiktheid werkte ik uren per week.

3. Geef aan op welke dagen u de activiteit gaat uitoefenen en om hoeveel uren het gaat:

Ik werk in een **variabel uurrooster** (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week:

Ik werk 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 van de organisatie (enkel invullen als het geen hervatting van een zelfstandige activiteit betreft):

Adres:

Telefoon:

E-mail:

Ondernemingsnummer:.....

RSZ-nummer:.....

Indien u over deze gegevens beschikt:

- de gegevens van uw behandelend arts (naam, adres, telefoon):

.....
.....

- de gegevens van de preventieadviseur-arbeidsarts (als u het werk al werknemer hervat)

.....
.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.

Datum:/...../

Handtekening:

