

Aansluitingsnummer:

INSZ:

BZ:

Betreft:

AANVRAAG TOT EEN WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID (STELSEL VAN DE ZELFSTANDIGEN)

Belangrijk – Lees dit eerst!

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u in als u tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent verklaard, opnieuw deeltijds wil gaan werken.

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 bezoldigde of onbezoldigde activiteit die verenigbaar is met uw algemene gezondheidstoestand.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier vult u in en bezorgt u vervolgens aan ons ziekenfonds.

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.

Uitzondering: het is mogelijk om na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voort te zetten in de sport- en 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 uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, alvorens u van de adviserend arts van uw ziekenfonds een toelating heeft verkregen. U moet dit formulier dan wel binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid verzenden.

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 deze nog niet beschikbaar is, dient u, zodra u de overeenkomst in uw bezit heeft, een kopie over te maken aan ons ziekenfonds.

Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met ons ziekenfonds.

NISS:

1/4



Aansluitingsnummer:

INSZ:

BZ:

Betreft:

**AANVRAAG TOT TOELATING OM HET WERK GEDEELTELIJK TE MOGEN HERVATTEN
TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING VAN
ARBEIDSONGESCHIKTHEID**
(art 23 of 23bis van het koninklijk besluit van 20 juli 1971)

U moet dit formulier invullen indien u een deel van de beroepsactiviteit, die u vóór uw arbeidsongeschiktheid uitoefende, hervat of een andere activiteit uitoefent.

IDENTIFICATIE VAN DE GERECHTIGDE:

Ik, ondergetekende, Naam:

Voornaam:

Adres:

INSZ: – E-mail:.....

GSM- of telefoonnummer:

vraag aan de adviserend geneesheer van mijn ziekenfonds de toelating om vanaf/...../....., een
beroeps(activiteit) te mogen hervatten tijdens mijn arbeidsongeschiktheid.

1. Kruis aan of het gaat om een (beroeps)activiteit als:☐ **Zelfstandige**

- ☐ o uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
- ☐ o een andere zelfstandige activiteit

☐ **Werknemer**

- ☐ o arbeider
- ☐ o bediende

☐ **Werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector** (via het bijzondere statuut in het kader van uitoefening van een activiteit “artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969” – vrijstelling van RSZ-bijdragen).

- ☐ o 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.
- ☐ o 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**

- ☐ o bezoldigde activiteit
- ☐ o onbezoldigde activiteit

2. Welke taken gaat u uitoefenen? Beschrijf alle werkzaamheden/taken, die u zal verrichten, afzonderlijk en zo concreet mogelijk:

.....

.....

.....

3. Geef aan volgens welk uurrooster u de activiteit zal uitoefenen:

☐ 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 _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
Week 2	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
Week 3	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
Week 4	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____
	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____	van _____
	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____	tot _____

Gelieve elke 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:

.....

Tel:

RSZ-nr: en/of KBO-nr:

OPGEPAST: indien het RSZ-nummer of het KBO-nummer niet ingevuld is, dan kan deze aanvraag niet behandeld worden!

- Indien u over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelend geneesheer (naam, adres, telefoon):

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur-arbeidsgeneesheer (als u het werk als werknemer hervat):

.....

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.

Datum:/...../.....

Handtekening:

Solidaris Brabant verwerkt jouw persoonsgegevens volgens de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (kaderwet) en de verordening 2016/679 van 27 april 2016 over de persoonsgegevens-bescherming. Dat geeft je het recht om je gegevens in te kijken, aan te vullen, om je tegen de verwerking van je gegevens te verzetten en om te vragen je gegevens te verbeteren, te beperken of te schrappen. Indien je meer informatie wenst over de verwerking van jouw gegevens, vindt je het Handvest over de persoonsgegevensbescherming via volgende link: <https://www.solidaris-brabant.be/nl/gebruiksvoorwaarden>