

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit



Dieser Vordruck ist vor der Aufnahme Ihrer Tätigkeit auszufüllen, zu unterzeichnen und an Ihre Krankenkasse Christliche Krankenkasse Verviers-Eupen, Rue Lucien Defays 77, 4800 Verviers zurückzusenden.

Lesen Sie zuerst die wichtigen Hinweise auf der letzten Seite!

RUBRIK 1 : MITTEILUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT

Dieser Vordruck ist auszufüllen, wenn Sie wieder einen Teil der Erwerbstätigkeit ausüben, die Sie vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben, oder wenn Sie eine andere Tätigkeit aufnehmen.

Daten zur Person

Name: Vorname:
Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:
Postleitzahl: Ort: Land:
Tel.: E-Mail-Adresse*:
Nummer des Nationalregisters:

Mit nachstehendem Antrag auf Genehmigung bitte ich den Vertrauensarzt oder den Mitarbeiter des multidisziplinären Teams meiner Krankenkasse um Erlaubnis, diese Tätigkeit auszuüben. Vergessen Sie daher nicht, Rubrik 2 (auf den folgenden Seiten) auszufüllen, die sich auf den Antrag auf teilweise Wiederaufnahme der Arbeit oder auf die Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit bezieht.

Ich erkläre an Eides statt, dass alle Angaben auf diesem Vordruck vollständig und richtig sind.

Mir ist bewusst, dass eine falsche, ungenaue oder unvollständige Erklärung mit einer Verwaltungsstrafe oder mit einer strafrechtlichen Verfolgung geahndet werden kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches)

Datum :

Unterschrift:

- * Ich bin damit einverstanden, dass die Christliche Krankenkasse (CKK) meine E-Mail-Adresse verwendet, um mich im Rahmen meiner persönlichen Akte zu kontaktieren (1). Wenn ich meine E-Mail-Adresse eingebe oder ändere, erhalte ich aus Sicherheitsgründen eine E-Mail von der CKK um meine E-Mail-Adresse zu bestätigen und meine Kommunikationspräferenzen gegebenenfalls zu ändern. Erst nach dieser Bestätigung wird die CKK meine Einstellungen verwenden.
- (1) Es handelt sich um folgende Mitteilungen im Rahmen der CKK-Dienstleistungen: Übersicht über die Geldleistungen bei Arbeitsunfähigkeit, Briefe, Formulare und Bescheinigungen; Aufforderungen zur Zahlung des Mitgliedsbeitrags, der Versicherungsprämien und anderer Rechnungen im Rahmen meiner persönlichen Akte(2); Informationen über Leistungen und Vorteile der Pflicht- und Zusatzversicherung; Mitteilungen im Rahmen meiner wahlfreien Versicherungsverträge bei der CKK-Assura (Hospi, Denta). Mir ist bekannt, dass aus diesen Mitteilungen bei Bedarf Informationen über meine Gesundheit abgeleitet werden können, und ich schütze den Zugang zu meiner Mailbox, wenn n
- (2) Dies gilt nicht, wenn ich mich dafür entschieden habe, meine CKK-Unterlagen und/oder CKK-Rechnungen über Doccle zu erhalten.

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit



RUBRIK 2 : ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT ODER AUF VERLÄNGERUNG EINER BESTEHENDEN GENEHMIGUNG

Ich, Unterzeichnete(r),

reiche beim Vertrauensarzt oder dem Mitarbeiter des multidisziplinären Teams der Krankenkasse folgenden Antrag ein: *ankreuzen und je nach Art des Antrags ausfüllen.*

Neuer Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit

☐ Ich beantrage ab dem (Tag/Monat/Jahr) die Wiederaufnahme einer (Erwerbs-)Tätigkeit als

Für einen Antrag dieser Art füllen Sie bitte alle nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus und unterzeichnen Sie die nachstehende eidesstattliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit MIT Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

☐ Ich beantrage die Verlängerung der bestehenden Genehmigung für eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit MIT Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für eine (Erwerbs-)Tätigkeit als

.....ab dem (Tag/Monat/Jahr)
Für einen Antrag dieser Art füllen Sie bitte nur die nachstehenden Punkte 1 bis 4 aus, wenn es eine Änderung gegenüber der bestehenden Genehmigung gibt, und unterzeichnen Sie die nachstehende eidesstattliche Erklärung.

Antrag auf Verlängerung einer bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für die Ausübung der Tätigkeit

☐ Ich beantrage die Verlängerung der bestehenden Genehmigung für eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderungen der bereits angegebenen Bedingungen für eine (Erwerbs-)Tätigkeit als

In diesem Fall müssen Sie die Punkte 1 bis 4 nicht ausfüllen, sondern nur die eidesstattliche Erklärung am Ende dieses Formulars unterschreiben.

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit



1. Kreuzen Sie an, ob es eine (Erwerbs-) Tätigkeit betrifft als

- ☐ Arbeiter
 - ☐ A. beim gleichen Arbeitgeber (nicht der unter C genannte Arbeitgeber)
 - ☐ B. bei einem anderen Arbeitgeber (nicht der unter C genannte Arbeitgeber)
 - ☐ C. in einem Unternehmen, das nicht zum normalen Arbeitsmarkt gehört (geschützte und soziale Werkstätten)
- ☐ Angestellte(r)
 - ☐ A. beim gleichen Arbeitgeber (nicht der unter C genannte Arbeitgeber)
 - ☐ B. bei einem anderen Arbeitgeber (nicht der unter C genannte Arbeitgeber)
 - ☐ C. in einem Unternehmen, das nicht zum normalen Arbeitsmarkt gehört (geschützte und soziale Werkstätten)
- ☐ Selbständige(r)
- ☐ Tagesmutter/-vater (die/der einem anerkannten Dienst angeschlossen ist, aber nicht über einen Arbeitsvertrag mit diesem Dienst beschäftigt wird)
 - ☐ lohnabhängig
 - ☐ selbstständig
- ☐ Arbeitnehmer, der im Sport- und soziokulturellen Sektor beschäftigt ist (Artikel 17 - LSS-Beschluss aufgrund des KE vom 28. November 1969 - Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)
 - ☐ A. Die Tätigkeit ist die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde
 - ☐ B. Die Tätigkeit ist nicht die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde
- ☐ Tätigkeit im Rahmen der Pflege und Unterstützung, die für eine Person mit Behinderung nicht direkt zugänglich ist und die aus einem persönlichen Assistenzbudget (PAB) oder einem persönlichen Budget (PVB) finanziert wird (besondere Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft):
Handelt es sich bei der Tätigkeit um die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrags, der bereits vor Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich erfüllt wurde?
 - ☐ Ja
 - ☐ Nein
- ☐ Jede andere Tätigkeit
 - ☐ entlohnte Tätigkeit
 - ☐ unentgeltliche Tätigkeit (mit/ohne Aufwandsentschädigung)**

** Unzutreffendes bitte streichen

2. Welche Aufgaben nehmen Sie wahr? Beschreiben Sie alle Tätigkeiten/Aufgaben, die Sie übernehmen, einzeln und so konkret wie möglich

.....

.....

.....

.....

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit



3. Vorschlag eines Arbeitszeitplans

- Vor meiner Arbeitsunfähigkeit habe ich Stunden wöchentlich gearbeitet.

Deuten Sie an, an welchen Tagen Sie arbeiten werden und wie viel Stunden:

- Ich arbeite nach einem variablen Stundenplan (also nach keinem festen Stundenplan).
Stundenzahl pro Woche:
- Ich arbeite nach einem festen Stundenplan (ergänzen Sie ebenfalls den nachstehenden Stundenplan).
Stundenzahl pro Woche:

Wochentag	Tagesstundenplan	Gesamtstundenzahl pro Tag
Montag	von bis und von bis	
Dienstag	von bis und von bis	
Mittwoch	von bis und von bis	
Donnerstag	von bis und von bis	
Freitag	von bis und von bis	
Samstag	von bis und von bis	
Sonntag	von bis und von bis	

Bitte alle andere verfügbaren Auskünfte über den Stundenplan vermerken :

.....

.....

4. füllen Sie die folgenden Angaben aus

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation (nur ausfüllen, wenn es sich nicht um die Wiederaufnahme einer selbstständigen Tätigkeit handelt):

Adresse:

Tel:

* Falls Sie über diese Informationen verfügen:

- Die Kontaktdaten des behandelnden Arztes, (Name, Anschrift, Telefon):
- Die Kontaktdaten des Gefahrenverhütungsberater-Arbeitsarztes:

Hiermit bestätige ich, dass dieser Antrag wahrheitsgemäß ausgefüllt wurde

Datum:

Unterschrift des Antragstellers :

Bitte Erkennungsaufkleber Ihrer Krankenkasse aufkleben

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit



Wichtige Hinweise

Wozu dient dieses Formular?

Dieses Formular müssen Sie ausfüllen, wenn Sie während des Zeitraums, in dem Sie als arbeitsunfähig anerkannt sind, erneut teilweise arbeiten möchten.

Es handelt sich um eine teilweise Wiederaufnahme

- der Erwerbstätigkeit, die Sie vor Ihrer Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben
oder
- einer neuen Erwerbstätigkeit
oder
- einer Tätigkeit als Selbständiger
oder
- jede andere (unbezahlte) Tätigkeit

die mit Ihrem Gesundheitszustand zu vereinbaren ist.

Wem sollen Sie dieses Formular zustellen?

Dieses Formular umfasst zwei Rubriken (eine Rubrik mit Verwaltungsdaten und eine medizinische Rubrik). Sie füllen beide Rubriken aus und stellen beide gleichzeitig Ihrer Krankenkasse zu.

Wann müssen Sie dieses Formular einreichen? *

Der ausgefüllte und unterschriebene Antrag muss Ihrer Krankenkasse spätestens am letzten Werktag vor Ihrer tatsächlichen Rückkehr an den Arbeitsplatz zugesandt werden (das Datum des Poststempels ist ausschlaggebend). Sie können dieses Formular auch spätestens am letzten Werktag vor Ihrer Rückkehr an den Arbeitsplatz gegen Empfangsbestätigung bei Ihrer Krankenkasse einreichen.

Wenn Sie die (Wieder-)Aufnahme einer Tätigkeit nicht rechtzeitig melden, können Ihre Geldleistungen **um 10 Prozent gekürzt** (gemäß der Regel, wonach das Erwerbseinkommen aus einer angepassten Tätigkeit auf die Geldleistungen anzurechnen ist) oder sogar verweigert werden.

Beizufügende Unterlagen

Sie müssen diesem Formular eine Kopie Ihres Arbeitsvertrages beilegen, wenn

- Ihr Arbeitsvertrag angepasst oder abgeändert wurde
oder
- Sie einen neuen Arbeitsvertrag empfangen haben

Wenn Sie noch nicht über die Änderungsklausel bzw. den neuen Arbeitsvertrag verfügen, lassen Sie Ihrer Krankenkasse ein Kopie zukommen, sobald Sie diese erhalten haben.

Wenn Sie Schwierigkeiten beim Ausfüllen dieses Formulars haben, wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse.

- * Ausnahme: Wenn Sie nach Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine Tätigkeit im sportlichen und soziokulturellen Sektor (über das Sonderstatut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit gemäß Artikel 17 des LSS-Beschlusses vom 28. November 1969 - Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen) oder eine Tätigkeit im Rahmen der Pflege und Unterstützung, die für eine Person mit Behinderung nicht direkt zugänglich ist und die aus einem persönlichen Assistenzbudget (PAB) oder einem persönlichen Budget (PVB) finanziert wird (besondere Maßnahmen der Flämischen Gemeinschaft), zur Erfüllung eines Vertrags fortsetzen, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde, müssen Sie dieses Formular innerhalb eines Monats nach Meldung der Arbeitsunfähigkeit einreichen.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten gemäß den geltenden belgischen und europäischen Datenschutzgesetzen, insbesondere der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO 2016/679) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr. Weitere Informationen zur Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten finden Sie in unserer Datenschutzerklärung auf unserer Website unter <https://www.ckk-mc.be/disclaimer/datenschutzerklaerung-ckk>.