

# Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



U moet dit formulier invullen en ondertekenen en vóór uw werkhervatting naar uw ziekenfonds terugsturen.

**Lees eerst de belangrijke opmerkingen op het laatste blad !**

## RUBRIEK 1: AANGIFTE VAN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

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

### Identificatiegegevens

Naam: ..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus: ..... Index: .....

Postcode: ..... Gemeente: ..... Land: .....

Tel.: ..... E-mailadres\*: .....

Rijksregisternummer:

Via de onderstaande aanvraag tot toelating vraag ik aan de adviserend-arts van mijn ziekenfonds de toelating 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: .....

Handtekening: .....

\* Ik ga akkoord dat CM mijn e-mailadres mag gebruiken om mij te contacteren in het kader van mijn persoonlijk dossier (1). Als ik mijn e-mailadres opgeef of wijzig, zal ik om veiligheidsredenen een e-mail van CM ontvangen om mijn e-mailadres te bevestigen en mijn communicatievoorkeuren eventueel aan te passen. Pas na deze confirmatie zal CM gebruik maken van mijn opgegeven voorkeuren.

- (1) Het betreft volgende communicaties in kader van de CM-dienstverlening: overzicht uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid; brieven, formulieren en attesten; facturen voor de betaling van de ledenbijdrage, zorgpremie, verzekeringspremie en andere rekeningen in het kader van mijn persoonlijk dossier (2); informatie over diensten en voordelen van de verplichte en aanvullende verzekering; communicaties in het kader van mijn persoonlijk dossier CM-verzekeringen (indien aangesloten) en CM-Zorgkas (indien aangesloten). Ik weet dat informatie over mijn gezondheid desgevallend uit deze communicaties kan worden afgeleid en ik bescherm zo nodig de toegang tot mijn mailbox
- (2) Dit geldt niet als ik ervoor gekozen heb om mijn CM-documenten en/of CM-facturen op Doccle te ontvangen.

# Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



## RUBRIEK 2: AANVRAAG TOT TOELATING GEDEELTELIJK HET WERK TE MOGEN HERVATTEN TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING

Ik, ondergetekende .....

Vraag aan de adviserend-arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf  -  -

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

Dit betreft een  eerste aanvraag

verlenging

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

Arbeider

A. bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)

B. bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)

C. in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)

Bediende

A. bij een andere werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)

B. bij dezelfde werkgever (andere dan de werkgever bedoeld onder C)

C. in een onderneming buiten het gewone arbeidscircuit (maatwerkbedrijf)

Zelfstandige

Onthaalouder (aangesloten bij een erkende dienst en niet via een arbeidsovereenkomst gesloten met deze dienst)

loontrekkend

zelfstandig

Werknemer werkzaam in de sport-en de socioculturele sector (*via artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969 - vrijstelling van RSZ-bijdragen*).

Is de activiteit een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die startte voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid?

A. Ja

B. Nee

Iedere andere activiteit

bezoldigde activiteit

onbezoldigde activiteit (met/zonder onkostenvergoeding)\*\*

\*\* schrap wat niet past

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

.....

.....

.....

.....

# Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



## Voorstel uurrooster gewenste activiteit

- Voor mijn arbeidsongeschiktheid werkte ik ..... uren per week.

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

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).  
Aantal uren per week: .....
- Ik vraag te werken volgens een vast uurrooster zoals aangegeven in de onderstaande tabel.  
Aantal uren per week: .....

verdeeld als volgt:

Dag van de week	Uurregeling per dag	Totaal aantal uren per dag
MAANDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
DINSDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
WOENSDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
DONDERDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
VRIJDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
ZATERDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>
ZONDAG	VAN ..... TOT ..... EN VAN ..... TOT .....	<input type="text"/>

Gelieve elke andere informatie die beschikbaar is met betrekking tot het uurrooster te vermelden.

.....  
.....

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

.....  
.....

## GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER:

Naam van de werkgever, firma of instelling: .....

Telefoonnummer: .....

E-mailadres: .....

Correspondentieadres: .....

Adres van de tewerkstelling: .....

Ondernemingsnummer: .....

Gemiddeld aantal uren per week tijdens de welke de werknemer wordt geacht de arbeid te verrichten (Q): .....

Gemiddeld aantal uren per week van de maatpersoon (S): .....

Stempel/handtekening van de werkgever voor akkoord:

# Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



## **GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE AANVRAGER:**

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: .....

Handtekening aanvrager:

Plak hier een klever van uw ziekenfonds.

# Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid



## Belangrijke opmerkingen

### 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

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid of
- een nieuwe beroepsactiviteit of
- een activiteit als zelfstandige of
- 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.

### Wanneer moet u dit formulier bezorgen? \*

De ingevulde en ondertekende aanvraag moet ten laatste de werkdag vóór uw effectieve werkhervatting opgezonden worden naar uw ziekenfonds (de poststempel geldt als bewijs). U kunt ook uiterlijk de laatste werkdag voor de werkhervatting dit formulier afgeven bij uw ziekenfonds tegen ontvangstbewijs.

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

### 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.

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

- \* Uitzondering: Als u na de aanvang van u arbeidsongeschiktheid een activiteit voortzet 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, moet u dit formulier verzenden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens. Voor meer informatie in verband met de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u onze privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>.