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 meiner Krankenkasse um Erlaubnis, diese Tätigkeit auszuüben.

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.

FO - FRM100_DG_INA0107 (04.05.0015) - 0000001 - 28-05-2024 - ComforM - v19

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit

RUBRIK 2 : ANTRAG AUF GENEHMIGUNG EINER TEILWEISEN WIEDERAUFNAHME DER ARBEIT WÄHREND DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT UNTER WAHRUNG DER ANERKENNUNG

Ich, Unterzeichnete(r), ...

bitte den Vertrauensarzt meiner Krankenkasse um Erlaubnis, ab dem (Tag/Monat/Jahr) ☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

eine (Erwerbs-) Tätigkeit als .....

(wieder)aufzunehmen.

Es handelt sich um ☐ einen ersten Antrag

☐ einen Verlängerungsantrag

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 (beschützte 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 (beschützte 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

☐ Jede andere Tätigkeit

- ☐ entlohnte Tätigkeit
- ☐ unentgeltliche Tätigkeit (mit/ohne Aufwandsentschädigung)**

** Unzutreffendes bitte streichen

FO - FRM100_DG_INA0107 (04.05.0015) - 0000002 - 28-05-2024 - ComforM - v19

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit

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

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

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 :

.....
.....

VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation: .....

Telefonnummer: .....

E-Mail-Adresse: .....

Postanschrift: .....

Ort der Beschäftigung: .....

Unternehmensnummer: .....

Durchschnittliche Anzahl Wochenstunden, die der Arbeitnehmer leisten soll (Q): .....

Durchschnittliche Anzahl Wochenstunden der Referenzperson (für die gleiche Funktion) (S): .....

Stempel/Unterschrift des Arbeitgebers zur Zustimmung:

FO - FRM100_DG_INA0107 (04.05.0015) - 0000003 - 28-05-2024 - ComforM - v19

Antrag auf eine teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit

VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN

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

FO - FRM100_DG_INA0107 (04.05.0015) - 0000004 - 28-05-2024 - ComforM - v19

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 Arbetisvertrag 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: Nach Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit dürfen Sie eine Tätigkeit im sportlichen und soziokulturellen Sektor fortzusetzen (über das Sonderstatut im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit "Artikel 17 - LSS-Beschluss aufgrund des KE vom 28. November 1969" - Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen) wenn die Tätigkeit zur Erfüllung eines Vertrags ausgeübt wird, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und tatsächlich ausgeführt wurde, bevor Sie die Genehmigung des Vertrauensarztes Ihrer Krankenkasse erhalten haben. In diesem Fall 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.

FO - FRM100_DG_INA0107 (04.05.0015) - 0000005 - 28-05-2024 - ComforM - v19