

Erklärung über die Einstellung einer genehmigten Tätigkeit (Art 100§2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994)



Daten zur Person

Name: Vorname:

Straße: Hausnummer: Briefkasten: Index:

Postleitzahl: Ort: Land:

Tel.: E-Mail-Adresse:

Nummer des Nationalregisters:

Aktenzeichen: Datum des Genehmigungsbeginns:

Die ausgefüllte Erklärung ist innerhalb kürzester Frist zurückzusenden an

Ich Unterzeichnete(r),, erkläre hiermit, dass

EINSTELLUNG / UNTERBRECHUNG

ich ab dem - - endgültig die Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe, einstelle, und zwar aus folgenden Gründen:

- gesundheitsbedingt
- Vertrag läuft aus ohne Entschädigung wegen Vertragsauflösung
- Vertrag läuft aus mit Entschädigung wegen Vertragsauflösung
- anderer Grund:

Für den Fall, dass ich die Absicht hätte, diese oder eine andere Tätigkeit in der Zukunft aufzunehmen, ist mir bewusst, dass ich hierfür vorher eine neue Genehmigung des Vertrauensarztes beantragen muss.

ich vorübergehend aus gesundheitlichen Gründen oder freiwillig,

ab dem - - bis einschließlich Ende des Monats
bis einschließlich - - (wenn vor dem Ende
des Monats)

Stunden der angepassten Tätigkeit (auf jeden Fall die Stundenzahl angeben, damit wir Ihre neuen höheren
Geldleistungen berechnen können)

die Tätigkeit als

für die ich eine Genehmigung des Vertrauensarztes erhalten habe, unterbrochen habe, und zwar aus folgenden Gründen:

- gesundheitsbedingt
- unbezahlter Urlaub
- anderer Grund:

Erklärung über die Einstellung einer genehmigten Tätigkeit (Art 100§2 des koordinierten Gesetzes vom 14. Juli 1994)



ich meinen Arbeitgeber über die Beendigung/Unterbrechung informiert habe:

- Ja
 Nein

Ich erkläre, dass ich :

- die gesetzliche Lohn-/Gehaltsfortzahlung in dem Zeitraum vom bis erhalten habe
- die mir ausgezahlte Lohn-/Gehaltsfortzahlung auf mein Einkommen aus der teilweisen (und vom Vertrauensarzt genehmigten) Wiederaufnahme einer Tätigkeit zurückzuführen ist.
- die mir ausgezahlte Lohn-/Gehaltsfortzahlung auf mein vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit berechnetes Einkommen zurückzuführen ist.
- keine gesetzliche Lohn-/Gehaltsfortzahlung erhalten habe.

Ich versichere an Eides statt, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Unterzeichnungsdatum: Unterschrift:

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>.