

# Bericht van arbeidshervatting

## Uitkeringsverzekering voor zelfstandigen



Vul dit formulier in als u de arbeid hervat VOOR of OP de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die door uw ziekenfonds of door het RIZIV ter kennis is gebracht.

Vul dit formulier in wanneer u de arbeid hervat na de moederschapsrust of het adoptieverlof. Verzend het naar uw ziekenfonds binnen 48 uur die volgen op de hervatting van de arbeid.

Deze verklaring moet uw ziekenfonds toelaten om de betaling voor de erkende ziekteperiode stop te zetten.

### Identificatiegegevens

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

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

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

Tel.: ..... E-mailadres: .....

Rijksregisternummer:

dossiernummer: .....

Uw verblijfadres (indien dit verschilt van uw hoofdverblijfplaats)

.....  
.....

### Verklaring

De ondergetekende: .....

zelfstandige

meehelpende echtgenoot

*(een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen)*

deelt de adviserend geneesheer mee een beroepsactiviteit te hebben hervat

vanaf:   -   -

Datum:   -   -

Handtekening

We behandelen deze gegevens conform de wet van 8 december 1992 met betrekking tot de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Met uitzondering van de persoonlijke medische en sociale gegevens, kunnen deze gegevens gebruikt worden om diensten van CM en van haar deelorganisaties waarmee een samenwerkingsakkoord werd gesloten te promoten. U hebt het recht om uw persoonsgegevens te consulteren en te laten verbeteren.