



Terug te sturen naar LM Plus – Dienst Arbeidsongeschiktheid – Lange Nieuwstraat 109
– 2000 Antwerpen, of breng het binnen in één van onze kantoren.
Al onze adressen zijn terug te vinden op www.LM.be of via:



Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid (stelsel van de zelfstandigen)

BELANGRIJK – LEES DIT EERST !

Waarvoor dient dit formulier ?

Dit formulier vult u in als u tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent verklaard, opnieuw gedeeltelijk wilt gaan werken.

Het gaat om een gedeeltelijke hervatting van:

- de zelfstandige beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid, of
- een andere zelfstandige beroepsactiviteit, of
- een activiteit als werknemer, of
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen ?

Dit formulier vult u in en bezorgt u vervolgens aan uw ziekenfonds.

Wanneer moet u de formulieren bezorgen ?

U moet dit formulier steeds **voor** elke werkhervatting verzenden.

Opgelet! U mag het werk slechts hervatten **nadat** u de toelating van de adviserend arts van uw ziekenfonds heeft verkregen.

Toe te voegen documenten

U dient een kopie van uw arbeidsovereenkomst toe te voegen als u het werk als werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid wil hervatten.

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.

U dient een kopie van de overeenkomst voor verenigingswerk toe te voegen aan dit formulier wanneer u verenigingswerk wenst uit te oefenen.

Indien u nog niet beschikt over die overeenkomst voor verenigingswerk, dient u zodra 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.

Aanvraag tot toelating om het werk (gedeeltelijk) te mogen hervatten tijdens arbeidsongeschiktheid, met behoud van de erkenning van arbeidsongeschiktheid

Ik, ondergetekende:

Naam en Voornaam:

Adres:

Postcode en plaats:

Rijksregisternummer:

Gsm – of telefoonnummer:

E-mailadres (facultatief):@.....

Vraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf
(dag/maand/jaar) / / 20..... een (beroeps)activiteit te hervatten als

.....
.....

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

- Zelfstandige
 - uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvraag van uw arbeidsongeschiktheid
 - een andere zelfstandige activiteit
- Werknemer
 - arbeider
 - bediende
- Verenigingswerker (gelieve de desbetreffende overeenkomst voor verenigingswerk toevoegen)
- Iedere andere activiteit
 - bezoldigde activiteit
 - onbezoldigde activiteit

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

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

3. 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 werk in een vast uurrooster (vul eveneens onderstaand uurrooster in).

Indien de dagen en uren elke week hetzelfde zijn, dient u slechts 1 week in te vullen (1^{ste} rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
Week 1	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
Week 2	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
Week 3	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
Week 4	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...
	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...	Van ...
	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...	Tot ...

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

.....

.....

.....

4. Vul onderstaande gegevens aan

Naam van uw werkgever of van de organisatie (enkel invullen als het geen hervatting van een zelfstandige activiteit betreft):

.....

Adres:

.....

Ondernemings- of RSZ-nummer:

Tel:

Indien u over deze gegevens beschikt:

- De gegevens van uw behandelende arts (naam, adres, telefoon):

.....

.....

.....

- De gegevens van de preventieadviseur – arbeidsgeneesheer:

.....

.....

.....

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt

Datum: / / 20.....

Handtekening: