

## AANVRAAG VAN EEN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

**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 wil gaan werken.

Het gaat om een gedeeltelijke hervatting – **die verenigbaar is met uw gezondheidstoestand** – van:

- de beroepsactiviteit die u uitoefende voor uw arbeidsongeschiktheid  
óf
- een nieuwe beroepsactiviteit  
óf
- een activiteit als zelfstandige  
óf
- iedere andere (on)bezoldigde activiteit

### 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 LM Oost-Vlaanderen.

### Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

U moet dit formulier ten laatste verzenden op **de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting.**

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

### 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 LM Oost-Vlaanderen..

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 u die in uw bezit heeft, een kopie over te maken aan LM Oost-Vlaanderen.

Als u moeilijkheden ondervindt om dit formulier in te vullen, kunt u altijd contact opnemen met LM Oost-Vlaanderen.

## Rubriek 1: Aangifte van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid

Ik, ondergetekende: Naam en voornaam .....  
Rijksregisternummer .....  
Gsm -of telefoonnummer .....  
E-mail (facultatief) .....

verklaar dat ik vanaf     de volgende activiteit van

.....hervat

Via de onderstaande aanvraag tot toestemming vraag ik aan de adviserend arts van de Liberale Mutualiteit Oost-Vlaanderen de toestemming 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: ...../...../20...

Handtekening

Voorbehouden aan de Adviserend Arts				
ZR	°ontvangst:	/ /	°aanvang aanvraag deeltijds	/ /
AR	Art. 101/23ter?		°aanvang akkoord	/ /
			Einde akkoord	/ /

**Rubriek 2: Aanvraag tot toestemming om gedeeltelijk het werk te mogen hervatten tijdens arbeidsongeschiktheid, met behoud van erkenning**

Ik, ondergetekende, .....

Vraag aan de adviserend arts van LM Oost-Vlaanderen de toestemming om vanaf (dag/maand/jaar)

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

.....

**1. 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 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)

Zelfstandige

Ik ben aangesloten bij volgend sociaal verzekeringsfonds: .....

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

Verenigingswerker (gelieve de desbetreffende overeenkomst voor verenigingswerk toe te voegen)

Occasionele dienstenverrichter

Iedere andere activiteit

- bezoldigde activiteit
- onbezoldigde activiteit

**2. Vóór mijn ongeschiktheid oefende ik volgend beroep uit/ was ik werkzaam als:**

.....  
.....VOOR .....uren/week

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

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

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

- o Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster)

Aantal uren per week:

- o 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<sup>ste</sup> rij van de onderstaande tabel):

Aantal uren per week:

	<b>maandag</b>	<b>dinsdag</b>	<b>woensdag</b>	<b>donderdag</b>	<b>vrijdag</b>	<b>zaterdag</b>	<b>zondag</b>
<b>Week 1</b>	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
<b>Week 2</b>	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
<b>Week 3</b>	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
<b>Week 4</b>	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...
	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...	Van ... Tot ...

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

.....

.....

.....

**5. Vul onderstaande gegevens aan**

Naam van uw werkgever of van de organisatie:.....  
.....

Adres: .....  
.....

Tel: .....

RSZ-nummer/ Ondernemingsnummer:.....

**6. 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:../...../20.....

Handtekening:.....