

# Verzoek om werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid

Stelsel van de zelfstandigen

**Aanvraag tot toelating** voor een gedeeltelijke werkhervatting of **aanvraag tot verlenging** van een bestaande toelating voor een gedeeltelijke werkhervatting tijdens de arbeidsongeschiktheid.

## Belangrijk – Lees dit eerst! Waarvoor dient dit formulier?

### Dit formulier vult u volledig in:

#### 1. als u opnieuw aan het werk wilt tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

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 algemene gezondheidstoestand.

#### 2. als u de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit wilt wijzigen in uw bestaande toelating om te werken tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

U hoeft slechts een deel van dit formulier in te vullen als u, zonder enige wijziging van de aangegeven voorwaarden voor de uitoefening van uw activiteit, uw bestaande toelating om te werken wilt verlengen tijdens de periode waarin u arbeidsongeschikt bent erkend.

## Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

Dit formulier bestaat uit twee rubrieken (een administratieve en een medische rubriek). U vult beide in en bezorgt ze tegelijkertijd aan uw ziekenfonds of de gewestelijke dienst van de Hulpkas voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering.

## Wanneer moet u dit formulier bezorgen?

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

**Uitzondering:** als u na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voortzet

- in de sport- en de socioculturele sector (via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit “artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969” (vrijstelling van RSZ-bijdragen))
- in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of een persoonsvolgendbudget (PVB)

en dit in uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, moet u dit formulier verzenden binnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

Indien u niet tijdig meldt dat u opnieuw het werk hebt hervat, kan uw arbeidsongeschiktheidsuitkering worden verminderd met 10 pct. of zelfs worden 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 als u het werk als werknemer tijdens de arbeidsongeschiktheid wil hervatten.

Indien u nog niet beschikt over die arbeidsovereenkomst, dient u zodra u 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 in contact treden met uw ziekenfonds.**

Z101.N

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

Ik, ondergetekende,<sup>[1]</sup>

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Rijksregisternummer (INSZ):**<sup>[2]</sup> \_\_\_\_\_

**Gsm- of telefoonnummer:**<sup>[3]</sup> \_\_\_\_\_

**E-mail**<sup>[3]</sup> \_\_\_\_\_

verklaar dat ik vanaf  de volgende activiteit van:

hervat (of voortzet als ik al voorheen de toelating van de adviserend arts heb ontvangen).

Via de onderstaande aanvraag tot toelating vraag ik aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de toelating om deze activiteit uit te oefenen. **Vergeet dus niet om de Rubriek 2 (volgende pagina's) in te vullen** over de aanvraag tot toelating om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten of tot verlenging van een bestaande toelating om het werk gedeeltelijk te hervatten tijdens de arbeidsongeschiktheid.

**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:**  <sup>[4]</sup>

**Handtekening:**

[1] vul in of plak een kleeftbriefje

[2] zie achterzijde van uw identiteitskaart

[3] niet verplicht

[4] dag/maand/jaar in cijfers

## Rubriek 2: Aanvraag tot toelating om het werk gedeeltelijk te mogen hervatten of aanvraag tot verlenging van een bestaande toelating om het werk gedeeltelijk te hervatten tijdens de arbeidsongeschiktheid (stelsel van de zelfstandigen).

Ik, ondergetekende,<sup>[1]</sup>

**Naam:** \_\_\_\_\_

**Voornaam:** \_\_\_\_\_

**Rijksregisternummer (INSZ):**<sup>[2]</sup> \_\_\_\_\_

**Gsm- of telefoonnummer:**<sup>[3]</sup> \_\_\_\_\_

**E-mail:**<sup>[3]</sup> \_\_\_\_\_

**Dien de volgende aanvraag bij de adviserend arts van mijn ziekenfonds in:**  
(kruis aan en vul in afhankelijk van het type van de aanvraag).

### 1. **Nieuwe vraag tot een gedeeltelijke hervatting van het werk**

ik vraag de toelating van de adviserend arts van mijn ziekenfonds om vanaf \_\_\_\_\_<sup>[4]</sup>

een (beroeps)activiteit te hervatten als \_\_\_\_\_

**Gelieve voor dit type aanvraag alle punten 1 tot en met 4 vanaf pagina 4 in te vullen en de verklaring op erewoord te ondertekenen aan het eind van dit formulier.**

### 2. **Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten met een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit**

ik vraag de toelating van de adviserend arts van mijn ziekenfonds om vanaf \_\_\_\_\_<sup>[4]</sup>

de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting met een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als \_\_\_\_\_

**Gelieve voor dit type aanvraag alle onderstaande punten 1 tot en met 4 vanaf pagina 4 in te vullen en de verklaring op erewoord te ondertekenen aan het eind van dit formulier.**

### 3. **Verzoek tot verlenging van een bestaande toelating om gedeeltelijk het werk te hervatten zonder een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden van de activiteit**

ik vraag de toelating van de adviserend arts van mijn ziekenfonds om de bestaande toelating voor een gedeeltelijke hervatting zonder een wijziging van de al aangegeven uitoefeningsvoorwaarden te verlengen voor een (beroeps)activiteit als \_\_\_\_\_

**In deze situatie moet u niet de punten 1 tot 4 invullen vanaf pagina 4, maar enkel de verklaring op erewoord aan het einde van dit formulier ondertekenen.**

[1] vul in of plak een kleeftbriefje

[2] zie achterzijde van uw identiteitskaart

[3] niet verplicht

[4] dag/maand/jaar in cijfers

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

**Zelfstandige**

- uw zelfstandige activiteit die u uitoefende voor de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid
- een andere zelfstandige activiteit

**Werknemer**

- arbeider
- bediende

**Werknemer werkzaam in de sport- en de socioculturele sector**

(via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit “artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969” – vrijstelling van RSZ-bijdragen)

- A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
- B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

**in het kader van niet-rechtstreekse toegankelijke zorg en ondersteuning voor een persoon met een handicap die wordt gefinancierd via een persoonlijk assistentiebudget (PAB) of eenpersoonsvolgend budget (PVB):**

- A) de activiteit is een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd
- B) de activiteit is geen voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief werd uitgevoerd

**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 volgens welk uurrooster u de activiteit zal uitoefenen:

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

Aantal uren per week: \_\_\_\_\_

	maandag	dinsdag	woensdag	donderdag	vrijdag	zaterdag	zondag
<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:

---



---



#### 4. Vul onderstaande gegevens aan

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

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Indien u over deze gegevens beschikt,  
De gegevens van uw behandelend-arts:**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**De gegevens van de preventieadviseur arbeidsgeneesheer (als u het werk als werknemer hervat):**

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_

**Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.**

**Datum:**  [1]

**Handtekening:**

**LM verzamelt en verwerkt persoonsgegevens.** Dat doen we om onze taak als ziekenfonds te kunnen uitvoeren, om uw dossier te beheren en om u op de hoogte te houden van onze diensten en activiteiten. U heeft het recht om te weten welke gegevens we van u verwerken, om uw gegevens te laten verbeteren of te wissen, om u te verzetten tegen geautomatiseerde beslissingen en om de verwerking van uw gegevens voor direct marketing stop te zetten. Stuur uw verzoek t.a.v. onze privacyverantwoordelijke naar ons postadres of mail naar [privacy@lm.be](mailto:privacy@lm.be)

[1] dag/maand/jaar in cijfers