

# Bewijs van arbeidshervatting of van werkloosheid



Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds **binnen acht dagen** na het einde van het tijdvak  
moederschapsbescherming, omgezet moederschapsverlof of adoptieverlof of pleegouderverlof.

Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds **binnen acht dagen** na het einde van het tijdvak arbeidsongeschiktheid als  
u het werk of de gecontroleerde werkloosheid hervat **VOOR** de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die  
door uw ziekenfonds of het RIZIV ter kennis is gebracht.

Correctie\*  
(aanvinken indien het een verbetering betreft van een vorige aangifte van werkhervatting)

## Identificatiegegevens

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

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

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

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

Rijksregisternummer:

Dossiernummer: .....

## Aangifte van werkhervatting

*In te vullen door de gerechtigde*

Ik ondergetekende, verklaar dat ik

\* het werk - de werkloosheid heb onderbroken (wegens ziekte of ongeval - moederschapsbescherming - geboorteverlof -  
adoptieverlof - pleegouderverlof) op:   -   -

\* het werk - de werkloosheid heb hervat op:   -   -

\* het onnodige schrappen

In plaats van dit formulier in te vullen en het te bezorgen aan of terug te sturen naar uw ziekenfonds, kan u echter ook dezelfde  
informatie schriftelijk versturen naar uw ziekenfonds via elk ander middel dat uw ziekenfonds hiertoe ter beschikking stelt. (email,  
toepassing beschikbaar op de website van het ziekenfonds).

Voor echt verklaard,

Datum: .....

Handtekening

# Bewijs van arbeidshervatting of van werkloosheid



## Getuigschrift van hervatting van de gecontroleerde werkloosheid

In te vullen (of te laten invullen) door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen

Ik, ondergetekende, verklaar dat betrokkene

\* het werk - de werkloosheid heeft stopgezet ( wegens ziekte of ongeval - moederschapsbescherming - omgezet moederschapsverlof - adoptieverlof - pleegouderverlof ) op:   -   -

\* de werkloosheid heeft hervat op :   -   -

\* het onnodige schrappen

Identificatie van de uitbetalingsinstelling van de  
werkloosheidsuitkeringen

Voor echt verklaard,  
Datum: .....  
Handtekening

Stempel

In plaats van dit formulier in te vullen en het te bezorgen aan de werknemer, kan de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen echter ook onmiddellijk de datum van hervatting van de gecontroleerde werkloosheid versturen naar het ziekenfonds van de werknemer (via de Kruispuntbank van de Sociale Zekerheid)

## Belangrijke opmerkingen

- U moet dit formulier laten invullen in geval van hervatting van de arbeid of van de werkloosheid. Bij arbeidsongeschiktheid is dit wel noodzakelijk bij een hervatting VOOR de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die door uw ziekenfonds of het RIZIV ter kennis is gebracht. Op grond van deze aangifte kan uw verzekeringsinstelling de betaling van uw uitkeringen stopzetten.
- U moet dit formulier niet invullen indien u tijdens uw arbeidsongeschiktheid een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit, met behoud van uitkeringen, wenst te hervatten. In dat geval moet u een ander formulier invullen dat bij uw verzekeringsinstelling beschikbaar is.

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens. Voor meer informatie in verband met de verwerking van uw persoonsgegevens kunt u onze privacyverklaring raadplegen op onze website <https://www.cm.be/disclaimer/privacyverklaring-cm>.