

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid (voor zelfstandigen)



U moet dit formulier invullen en ondertekenen en vóór uw werkhervatting naar uw ziekenfonds terugsturen.

Lees eerst de belangrijke opmerkingen op het laatste blad !

RUBRIEK 1: AANGIFTE VAN GEDEELTELIJKE WERKHERVATTING TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Identificatiegegevens

Naam: Voornaam:
Straat: Nr.: Bus: Index:
Postcode: Gemeente: Land:
Tel.: E-mailadres*:
Rijksregisternummer:

RUBRIEK 2: AANVRAAG TOT TOESTEMMING GEDEELTELIJK HET WERK TE MOGEN HERVATTEN TIJDENS ARBEIDSONGESCHIKTHEID, MET BEHOUD VAN DE ERKENNING

Ik, ondergetekende

Vraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de toestemming om vanaf
een (beroeps)activiteit te hervatten als

* Ik ga akkoord dat CM mijn e-mailadres mag gebruiken om mij te contacteren in het kader van mijn persoonlijk dossier (1). Als ik mijn e-mailadres opgeef of wijzig, zal ik om veiligheidsredenen een e-mail van CM ontvangen om mijn e-mailadres te bevestigen en mijn communicatievoorkeuren eventueel aan te passen. Pas na deze confirmatie zal CM gebruik maken van mijn opgegeven voorkeuren.

(1) Het betreft volgende communicaties in kader van de CM-dienstverlening: overzicht uitkeringen bij arbeidsongeschiktheid; brieven, formulieren en attesten; facturen voor de betaling van de ledenbijdrage, zorgpremie, verzekeringspremie en andere rekeningen in het kader van mijn persoonlijk dossier (2); informatie over diensten en voordelen van de verplichte en aanvullende verzekering; communicaties in het kader van mijn persoonlijk dossier CM-verzekeringen (indien aangesloten) en CM-Zorgkas (indien aangesloten). Ik weet dat informatie over mijn gezondheid desgevallend uit deze communicaties kan worden afgeleid en ik bescherm zo nodig de toegang tot mijn mailbox

(2) Dit geldt niet als ik ervoor gekozen heb om mijn CM-documenten en/of CM-facturen op Doccle te ontvangen.

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid (voor zelfstandigen)



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
- Werknemer werkzaam in de sport-en de socioculturele sector *
 - Is de activiteit een voortzetting van de uitvoering van een overeenkomst die startte voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid?
 - Ja
 - Nee
- Iedere andere activiteit
 - bezoldigde activiteit
 - onbezoldigde activiteit

* via het bijzondere statuut in het kader van de uitoefening van een activiteit via artikel 17 RSZ-besluit van 28 november 1969 - vrijstelling van RSZ-bijdragen

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

.....

.....

.....

.....

Voorstel uurrooster gewenste activiteit

- Ik werk in een variabel uurrooster (geen vast uurrooster).
Aantal uren per week:
- Ik vraag te werken volgens een vast uurrooster zoals aangegeven in de onderstaande tabel.
Aantal uren per week:
verdeeld als volgt:

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid (voor zelfstandigen)



Dag van de week	Uurregeling per dag	Totaal aantal uren per dag
MAANDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
DINSDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
WOENSDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
DONDERDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
VRIJDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
ZATERDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>
ZONDAG	VAN TOT EN VAN TOT	<input type="text"/> <input type="text"/>

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

.....
.....

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

.....
.....

Vul onderstaande gegevens aan

Naam van de werkgever, firma of instelling

Telefoonnummer:

Correspondentieadres:

.....
Adres van tewerkstelling:

Ondernemingsnummer:

Stempel/handtekening van de werkgever voor akkoord:

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:

Handtekening aanvrager:

Plak hier een klever van uw ziekenfonds.

Aanvraag van een gedeeltelijke werkhervatting tijdens arbeidsongeschiktheid (voor zelfstandigen)



Belangrijke opmerkingen

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 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.

Aan wie moet u dit formulier bezorgen?

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

Wanneer moet u dit formulier bezorgen? *

U moet dit formulier steeds **vóór** 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 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 contact opnemen met uw ziekenfonds.

- * Uitzondering: het is mogelijk om na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit voort te zetten 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 uitvoering van een overeenkomst die reeds vóór de aanvang van de arbeidsongeschiktheid werd gesloten en effectief is uitgevoerd, alvorens u van de adviserend arts van uw ziekenfonds een toelating heeft verkregen. U moet dit formulier dan welbinnen een termijn van één maand te rekenen vanaf de aangifte van de arbeidsongeschiktheid verzenden.

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>.