

BEWIJS VAN ARBEIDSHERVATTING OF VAN WERKLOOSHEID

Uw ziekenfonds vraagt u deze gegevens voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14 juli 1994).
In toepassing van de wet van 8 december 1992 (bescherming van de persoonlijke levenssfeer,) heeft u recht op inzage en verbetering van uw persoonsgegevens. Indien u van dit recht gebruik wil maken, moet u zich schriftelijk wenden tot uw ziekenfonds. Voor meer informatie betreffende de verwerking van deze gegevens kan u zich wenden tot de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Verplicht terug te zenden naar uw ziekenfonds onmiddellijk na het einde van de arbeidsongeschiktheid, de moederschapsbescherming of het adoptieverlof.

Inschrijvingsnr : _____ Rijksregister nr : _____

Sectienr : _____ GAO nr : _____ Hervalling : _____

Naam en voornaam : _____

Straat en huisnummer : _____

Postcode, Gemeente : _____

Land : _____

Begindatum van het risico : _____

Aard van het risico : _____

BELANGRIJK !

IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER OF DE WERKLOZENKAS.

Ik ondergetekende, verklaar dat de betrokkene wegens :

Ziekte *Adoptieverlof* *Moederschapsbescherming*

De arbeid heeft onderbroken op : - -

De werkloosheid heeft onderbroken op : - -

EN: De arbeid heeft hervat op : - -

De werkloosheid heeft hervat op : - -

Voor echt verklaard,

Contactpersoon : _____

Datum : - -

Identificatie en handtekening
van de werkgever of van de werklozenkas:

Belangrijke opmerkingen

1. U moet dit formulier laten invullen in geval van arbeidshervatting of van werkloosheid. Op grond van deze aangifte kan uw ziekenfonds de betaling van uw uitkeringen stopzetten.
2. 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 ziekenfonds beschikbaar is.