

Bijlage VIII

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 van moederschapsbescherming, omgezet moederschapsverlof, adoptieverlof of pleegouderverlof.

Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds binnen acht dagen na het einde van de 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.

In te vullen door de gerechtigde of door de verzekeringsinstelling

Betreft:

Naam - Voornaam:

Rijksregisternummer:
(inschrijvingsnummer in de sociale zekerheid)

In te vullen door de werkgever of de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen

Ik, ondergetekende, verklaar dat betrokkene wegens ziekte – moederschapsbescherming – omgezet moederschapsverlof – adoptieverlof – pleegouderverlof (1) de arbeid – de werkloosheid (1) heeft onderbroken open deze hervat heeft op

(1) Het onnodige schrappen.

Voor echt verklaard,

Datum

Handtekening:

Identificatie van de werkgever of van de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen:

Ondernemingsnummer :

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. U moet dit formulier laten invullen in geval van hervatting van de arbeid of van de werkloosheid. **Bij arbeidsongeschiktheid is dit wel enkel 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 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.