Antrag zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit oder Verlängerungsantrag einer bereits bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeitsperiode

(Selbständigenstatut)

Wichtig: Lesen Sie die nachstehenden Informationen zuerst!

Wozu dient dieser Antrag?

A. Sie müssen das Formular **vollständig** ausfüllen:

1. wenn Sie während der Periode, in der Sie als arbeitsunfähig anerkannt sind, die Arbeit wieder aufnehmen möchten.

   Bei der (teilweisen) Wiederaufnahme handelt es sich um:
   - die selbständige berufliche Tätigkeit, die Sie vor der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt haben
     oder
   - eine andere selbständige berufliche Tätigkeit
     oder
   - eine Tätigkeit als Arbeitnehmer
     oder
   - jede andere bezahlte Tätigkeit oder nicht bezahlte Tätigkeit

   die mit Ihrem allgemeinen Gesundheitszustand vereinbar ist.

oder

2. wenn Sie die in der bereits bestehenden Genehmigung vermerkten Ausübungsbedingungen Ihrer Tätigkeit ändern möchten - dies während der Periode, in der Sie als arbeitsunfähig anerkannt sind.

B. Sie müssen nur **einen Teil** des Formulars ausfüllen, wenn Sie die bereits bestehende Genehmigung zur teilweisen Ausübung einer Tätigkeit verlängern möchten, **ohne Änderung** der vermerkten Ausübungsbedingungen - dies während der Periode, in der Sie als arbeitsunfähig anerkannt sind.

Wem müssen Sie diesen Antrag zukommen lassen?

Nachdem Sie den Vordruck vollständig (Rubrik 1 und Rubrik 2) ausgefüllt haben, **senden Sie diesen per Post** an den Medizinischen Dienst unserer Krankenkasse oder geben ihn in einer unserer Geschäftsstellen ab.

Wann müssen Sie diesen Antrag einreichen?

Sie müssen diesen Antrag **spätestens am letzten Werktag vor der Wiederaufnahme der Arbeit** bei uns einreichen.

Ausnahme:
Es ist möglich, nach dem Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine Tätigkeit

- im soziokulturellen Sektor oder im Sportsektor (über den Sonderstatus im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit "Artikel 17 des LSS-Erlasses vom 28. November 1969" (Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen))
- im Rahmen der nicht direkt zugänglichen Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, finanziert durch ein persönliches Hilfsbudget oder durch eine persönliche Folgefinanzierung (Maßnahme der flämischen Gemeinschaft):

gemäß einem Vertrag fortzusetzen, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und auch effektiv ausgeführt wurde.
In diesem Fall müssen Sie dieses Formular **innerhalb eines Monats nach der Meldung der Arbeitsunfähigkeit einreichen.**

Falls Sie uns nicht rechtzeitig über die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit informieren, kann die Krankengeldleistung um **10 % verringert oder sogar verweigert** werden, dies in Anwendung der vorgesehenen Kumulierungsvorschrift, falls Sie Berufseinkünfte erhalten, die aus der entsprechenden Aktivität hervorgehen.

Beizufügende Dokumente

Wenn Sie während Ihrer Arbeitsunfähigkeit eine Arbeitnehmertätigkeit aufnehmen möchten, fügen Sie diesem Antrag eine Kopie des Arbeitsvertrages bei. Insofern Sie noch nicht über den neuen Arbeitsvertrag verfügen, übermitteln Sie unserer Krankenkasse bitte sofort nach Erhalt eine Kopie dieser Unterlagen.
Wenn Sie eine Tätigkeit im Rahmen der Vereinsarbeit ausüben möchten, müssen Sie eine Kopie des Vertrages über die Beschäftigung beifügen.

Zu Beachten

Wenn Ihr Antrag genehmigt wird, erhalten Sie eine schriftliche Bestätigung per Post. Diese Genehmigung deckt Ihre Teilzeitbeschäftigung für eine Standardperiode. Dies schließt jedoch nicht aus, dass die Genehmigung und/oder die Anerkennung Ihrer Arbeitsunfähigkeit oder Ihrer Invalidität während dieser Zeit, insbesondere nach einer medizinischen Untersuchung, beendet werden kann.

Beim Ausfüllen dieses Dokuments sind wir Ihnen gerne behilflich!

Rubrik 1: Mitteilung über die teilweise Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeitsperiode (Selbständigenstatut)

Ich, Unterzeichnete(r),

Name und Vorname	
Nationalregisternummer	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

erkläre, dass ich ab dem (Datum): / /

folgende Tätigkeit **aufnehme (weiterhin ausüben werde**, falls ich bereits die Genehmigung des Vertrauensarztes oder des Mitarbeiters des multidisziplinären Teams erhalten habe):

Mit dem nachstehenden Genehmigungsantrag bitte ich den Vertrauensarzt oder den Mitarbeiter des multidisziplinären Teams meiner Krankenkasse um Erlaubnis, diese Tätigkeit ausüben zu dürfen.

Vergessen Sie nicht die Rubrik 2 (folgende Seiten) bezüglich des Antrags zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit oder der Verlängerung einer bereits bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeit auszufüllen.

Ich erkläre auf Ehrenwort, dass alle in diesem Vordruck enthaltenen Angaben vollständig und korrekt sind.
Ich weiß, dass eine falsche, ungenaue oder unvollständige Erklärung eine Verwaltungsstrafe oder gerichtliche Strafverfolgung nach sich ziehen kann (Artikel 233 des Sozialstrafgesetzbuches).

Datum	
Unterschrift	

Gemäß der EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Zuständigkeiten, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Zuständigkeiten, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter *www.freie.be/privacy* oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.

Rubrik 2: Genehmigungsantrag zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit oder Verlängerungsantrag einer bereits bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit während der Arbeitsunfähigkeitsperiode (Selbständigenstatut)

Ich, Unterzeichnete(r),

Name und Vorname	
Nationalregisternummer	
Telefonnummer	
E-Mail-Adresse	

reiche den nachfolgenden Antrag beim Vertrauensarzt oder beim Mitarbeiter des multidisziplinären Teams der Krankenkasse ein *(bitte je nach Art der Anfrage ankreuzen und ausfüllen*)

<u>Neuer Antrag</u> zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit

☐ beantrage die Genehmigung, um ab dem (Datum) / /
eine Berufstätigkeit als wiederaufzunehmen.

Bitte füllen Sie in diesem Fall die nachfolgenden Punkte 1 bis 4 vollständig aus und unterschreiben Sie die Ehrenwörtliche Erklärung.

<u>Verlängerungsantrag</u> einer bereits bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit MIT Änderung der genehmigten Ausübungsbedingungen der Aktivität

☐ beantrage die Verlängerung der bereits bestehenden Genehmigung MIT Änderung der genehmigten Ausübungsbedingungen ab dem (Datum) / /
für die Berufstätigkeit als .

Bitte füllen Sie die nachfolgenden Punkte 1 bis 4 nur aus, wenn es sich um eine Änderung in Bezug auf die bereits bestehende Genehmigung handelt und unterschreiben Sie die Ehrenwörtliche Erklärung.

<u>Verlängerungsantrag</u> einer bereits bestehenden Genehmigung zur teilweisen Wiederaufnahme der Arbeit OHNE Änderung der genehmigten Ausübungsbedingungen der Aktivität

☐ beantrage die Verlängerung der bereits bestehenden Genehmigung OHNE Änderung der genehmigten Ausübungsbedingungen
für die Berufstätigkeit als .

*In diesem Fall sind die nachfolgenden Punkte 1 bis 4 nicht auszufüllen, Sie müssen lediglich die Ehrenwörtliche Erklärung am **Ende** des Formulars unterschreiben.*

1. Kreuzen Sie bitte an, um welche (berufliche) Tätigkeit es sich handelt:

☐ **Selbständige(r)**

- ☐ Die selbständige Tätigkeit, die Sie vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausübten
- ☐ Eine andere selbständige Tätigkeit

☐ **Arbeitnehmer(in)**

- ☐ Arbeiter(in)
- ☐ Angestellte(r)

☐ **Arbeitnehmer(in) im soziokulturellen Sektor oder im Sportsektor** (über den Sonderstatus im Rahmen der Ausübung einer Tätigkeit "**Artikel 17** des LSS-Erlasses vom 28. November 1969" (Befreiung von den Sozialversicherungsbeiträgen)):

- ☐ Die Tätigkeit **ist** die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrages, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und auch effektiv ausgeführt wurde.
- ☐ Die Tätigkeit **ist nicht** die Fortsetzung der Erfüllung eines Vertrages, der bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und auch effektiv ausgeführt wurde.

☐ im Rahmen der nicht direkt zugänglichen Pflege und Unterstützung für eine Person mit Behinderung, finanziert durch ein persönliches Hilfsbudget oder durch eine persönliche Folgefinanzierung (Maßnahme der flämischen Gemeinschaft):

- ☐ Die Tätigkeit **ist** die Fortsetzung der Ausführung einer Konvention, die bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und auch effektiv ausgeführt wurde.
- ☐ Die Tätigkeit **ist nicht** die Fortsetzung der Ausführung einer Konvention, die bereits vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit abgeschlossen und auch effektiv ausgeführt wurde.

☐ **Jede andere Tätigkeit**

- ☐ Entlohnte Tätigkeit
- ☐ Nicht entlohnte Tätigkeit

2. Welche Aufgaben werden Sie ausführen? Beschreiben Sie einzeln und so genau wie möglich alle Aktivitäten/Arbeiten, die Sie durchführen werden.

3. Vermerken Sie bitte die Tage und Stunden, an denen Sie arbeiten werden.

Anzahl Stunden pro Woche:

☐ Ich arbeite nach einem **festen Stundenplan**: Bitte füllen Sie in diesem Fall die nachstehende Stundentabelle aus. Bei gleichbleibender wöchentlicher Tages- und Stundenanzahl brauchen Sie nur die Rubrik "Woche 1" (1. Zeile der nachstehenden Tabelle) auszufüllen:

	Montag		**Dienstag**		**Mittwoch**		**Donnerstag**		**Freitag**		**Samstag**		**Sonntag**	
Woche 1	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
Woche 2	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
Woche 3	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
Woche 4	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	
	von		von		von		von		von		von		von	
	bis		bis		bis		bis		bis		bis		bis	

☐ Ich arbeite nach einem **variablen Stundenplan** (kein fester Stundenplan).
Bitte vermerken Sie jede weitere nützliche Information in Bezug auf Ihren Stundenplan.

Vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit habe ich **Stunden pro Woche gearbeitet.**

4. Vervollständigen Sie die untenstehenden Angaben.

Angaben Ihres Arbeitgebers (*)

Name Ihres Arbeitgebers oder der Organisation	
Adresse	
Telefonnummer	

(*) Nicht erforderlich, wenn es sich um die Wiederaufnahme einer selbständigen Tätigkeit handelt.

Der Arbeitgeber muss sich mit der teilweisen Wiederaufnahme sowie mit dem angegebenen Stundenplan einverstanden erklärt haben.

Angaben Ihres behandelnden Arztes

Name	
Adresse	
Telefonnummer	

Angaben des Gefahrenverhütungsberaters/Arbeitsarztes
(wenn Sie eine Arbeitnehmertätigkeit aufnehmen und insofern Sie über diese Angaben verfügen):

Ich bestätige, dass der vorliegende Antrag vollständig und korrekt ist.

Datum	
Unterschrift	

>> Formular drucken

Gemäß der EU Verordnung 2016/679 informieren wir Sie darüber, dass Ihre Daten im Rahmen unseres Auftrags zur Beteiligung an der Ausführung der gesetzlichen Krankenversicherung unter der Verantwortung von MLOZ (Landesbund der Freien Krankenkassen), für föderale Zuständigkeiten, bzw. unter der Verantwortung der SMR der Freien Krankenkassen, für regionalisierte Zuständigkeiten, verarbeitet werden. Unsere vollständige Datenschutzerklärung können Sie einsehen unter *www.freie.be/privacy* oder per Post anfordern: Freie Krankenkasse, Hauptstraße 2 in 4760 Büllingen.