

Aanvraag machtiging aan de adviserend arts om de zelfstandige activiteit verder uit te oefenen tijdens een periode van moederschapsbescherming

(toepassing art 219 ter, §5 KB 3.7.1996, gewijzigd KB 4.2.2000)

helan

Onafhankelijk ziekenfonds

Bezorg ons dit formulier zo snel mogelijk terug:

Digitaal? Vul het in via je Mijn Helan

Documenten > Arbeidsongeschiktheid > "Aanvraag van een deeltijdse hervatting van een activiteit"

Liever op papier? Stuur het per post

Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Dienst Arbeidsongeschiktheid,
Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Meer informatie? www.helan.be

Waarvoor dient dit formulier?

Dit formulier vult u in tijdens uw periode van moederschapsbescherming, uw zelfstandige activiteit wil voortzetten.

Wanneer en aan wie moet u dit formulier bezorgen?

- Bezorg ons **vóór de start van uw activiteit** dit aanvraagformulier
- De aanvraag moet wel binnen een termijn van één maand na de werkverwijdering uit de loontrekkende activiteit (en het voortzetten van de zelfstandige activiteit) ingediend worden bij de adviserend arts.
- Bezorg ons een **medisch getuigschrift** van uw behandelend arts waaruit blijkt dat de activiteit geen risico inhoudt voor uw gezondheid of die van uw kindje/kinderen.

Belangrijke info

- Indien u de **toelating** gekregen hebt, **verbindt** u zich ertoe om uw zelfstandige activiteit **niet uit te oefenen tijdens de periodes waarin u gewoonlijk uw activiteit als loontrekkende uitoefent**.
(bv. als u vóór u van loontrekkend werk werd verwijderd, dit werk elke dag tot 17u uitvoerde, dan mag u uw zelfstandige activiteit pas na 17u uitvoeren)
- Tijdens uw werkverwijdering kan u aanspraak maken op een uitkering van 78,237 % van het gemiddeld loon bij de werkgever(s) bij wie de beroepsactiviteit werd stopgezet. Deze daguitkering wordt tijdens de verderzetting van de activiteit als zelfstandige nog eens verminderd met 10 %.
- Er mag geen enkele activiteit uitgeoefend worden vanaf de zevende dag voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum tot het einde van de periode van 9 weken vanaf de dag van de bevalling. Dit moet u ook verklaren via het document 'verzaking'.
- Indien u deze activiteit om een bepaalde reden toch niet zou uitoefenen, blijven uw uitkeringen verminderd met 10%, tenzij u verzaakt aan deze machtiging. Hoe u kan verzaken, wordt uitgelegd verder in dit document.

Verzaking

- **Wat is een verzaking?**
Verzaking is een intrekking van de machtiging van de periode die volgt.
- **Hoe kan ik verzaken?**
U kan verzaken aan de toelating door bijgevoegd document in te vullen.
- **Wat zijn de gevolgen als ik verzaak?**
Als u verzaakt, dan zal u opnieuw het volledige bedrag van de uitkering ontvangen vanaf de datum van de ontvangst van de aanvraag tot intrekking. Bijgevolg mag u dan ook geen enkele activiteit meer uitoefenen tot het einde van de periode van uw moederschapsrust.



DEEL I - In te vullen door de gerechtigde

Ik, ondergetekende,

Voornaam:

Naam:

Rijksregisternummer:

GSM- of telefoonnummer:

E-mail:

vraag aan de adviserend arts van mijn ziekenfonds de machtiging om van / / (DD/MM/JJJJ)

tot en met / / mijn zelfstandige activiteit te hervatten als

	Activiteit in hoofdberoep (H)	Activiteit in bijberoep (B)
Aard : (bv bediende, zelfstandig kapster ...)		
Volume: (in uur per week)		
Voorwaarden voor het uitoefenen: (bezoldigd of onbezoldigd)		

Geef in onderstaande tabel aan wanneer u welke activiteit ("H" voor hoofdberoep of "B" voor bijberoep) uitoefent:

	Maandag	Dinsdag	Woensdag	Donderdag	Vrijdag	Zaterdag	Zondag
6 uur							
7 uur							
8 uur							
9 uur							
10 uur							
11 uur							
12 uur							
13 uur							
14 uur							
15 uur							
16 uur							
17 uur							
18 uur							
19 uur							
20 uur							
21 uur							
22 uur							

Ik bevestig dat deze aanvraag naar waarheid werd opgemaakt.

Datum: / /

Handtekening:

DEEL II - In te vullen door de behandelende arts:

- Ik, ondergetekende, arts, verklaar dat ik bovenvermelde persoon verzorg en bevestig dat de bovenvermelde activiteit, die zij uitoefende voor de periode van moederschapsbescherming, geen risico inhoudt voor haar gezondheid noch voor die van haar kind.
- Op voorwaarde dat zij de hierna bepaalde voorwaarden voor de uitoefening naleeft:

.....
.....

- Ik vraag aan de adviserend arts om mij zijn beslissing mee te delen indien hij niet akkoord gaat.
- Vermoedelijke bevallingsdatum: / /

Datum: / /

Handtekening:

Identificatie:

(stempel of RIZIV-nummer)

Verzaking aan de toelating gegeven door de adviserend arts



Bezorg ons dit formulier (ingevuld en ondertekend) **per aangetekende brief**
Helan Onafhankelijk ziekenfonds, Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Hebt u vragen bij het invullen? Contacteer ons op het nummer 02 218 22 22 of
via www.helan.be/uitkeringsdossier

Opgelet! Er mag geen enkele activiteit uitgeoefend worden vanaf de zevende dag voorafgaand aan de vermoedelijke bevallingsdatum to het einde van de periode van 9 weken vanaf de dag van de bevalling.

*Bijvoorbeeld: uw vermoedelijke bevallingsdatum is 31 augustus.
Uw laatste werkdag is in dat geval 23 augustus.*

Ik, ondergetekende,

Naam en voornaam:	_____
Rijksregisternummer:	_____
Klantnummer:	_____
Adres:	_____ _____

Verklaar

Dat ik wens te verzaken aan de toestemming die mij door de adviserend arts werd gegeven om mijn zelfstandige activiteit verder uit te oefenen tijdens de periode van moederschapsbescherming.	
Ik verklaar op mijn erewoord deze zelfstandige activiteit niet meer uit te oefenen tot het einde van mijn periode moederschapsbescherming.	
Datum: / / *	Handtekening:

¹ Deze datum is de eerste dag dat u uw zelfstandige activiteit niet meer uitoefent.