Neutraal Ziekenfonds Vlaanderen
UW PARTNER VOOR ZEKERHEID

Bijlage 3

VERKLARING VAN STOPZETTING OF VERMINDERING VAN EEN "TOEGELATEN ARBEID" TIJDENS DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(artikel 100, §2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)
(artikel 23(bis) van het K.B. van 20 juli 1971)
Deze verklaring zo snel mogelijk bezorgen aan uw ziekenfonds :

e-mail : arbeidsongeschiktheid@nzvl.be
onderwerp e-mail : DT STOP/WIJZIGING + rijksregisternummer + naam voornaam

Ik, ondergetekende,
Naam en voornaam (of plak een kleefbriefje): …….....
Rijksregisternummer: …….....
GSM- of telefoonnummer: …….....
E-mail (facultatief): …….....

Verklaar dat (kruis aan en vul hieronder in hetgeen past) :

☐ **ik**, vanaf ☐☐-☐☐-☐☐☐☐,
definitief het werk als …….... **stopzet** waarvoor ik de toelating van de adviserend arts heb gehad.

☐ **ik, voorlopig, wegens gezondheidsredenen of vrijwillig**,
- vanaf ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
  (☐☐,☐☐aangepaste arbeidsuren tot en met het einde van de maand)
- vanaf ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ tot en met ☐☐-☐☐-☐☐☐☐
  (☐☐,☐☐aangepaste arbeidsuren)

het werk als ……..., waarvoor ik de toelating van de adviserend arts heb ontvangen, **heb onderbroken**.

☐**ik het arbeidsvolume (het aantal uren per week)** van het werk als …….....,
waarvoor ik de toelating van de adviserend arts heb ontvangen,
- vanaf ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ (tot en met ☐☐-☐☐-☐☐☐☐),
- vanaf ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ (tot en met ☐☐-☐☐-☐☐☐☐),

heb verminderd naar ..... uur per week.

Ik bevestig op erewoord dat deze **verklaring echt en volledig** is.

Datum ☐☐-☐☐-☐☐☐☐.

Handtekening :