

# ARBEIDSONGESCHIKTHEID ZELFSTANDIGEN

## VERKLARING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(Art. 53 van het Koninklijk Besluit van 20 juli 1971)

### **1. Identificatie van de titularis**

- Naam : ..... Voornaam : .....
- Hoofdverblijfplaats : .....  
.....
- Verzekeraar : Symbio, Neutrale Mutualiteit 206
- Lidnummer : .....
- Rijksregisternummer : .....
- Uw huidig adres (indien verschillend van uw hoofdverblijfplaats)  
.....  
.....

### **2. Verklaring - In te vullen door de behandelende geneesheer**

Ik, ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaar dat ik zorgen toegediend heb aan : .....

en verklaar dat ik vastgesteld heb dat zij/hij niet bekwaam is om te werken vanaf ... / ... / ..... wegens (symptomatologie en eventuele diagnose – gelieve de reden van de arbeidsongeschiktheid te verduidelijken door aan te geven of het gaat om een ongeval of een letsel en door de nodige indicaties te leveren om de raadgevende geneesheer toe te laten de vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen) :

.....  
.....  
.....

De betrokkene is gehospitaliseerd sinds ... / ... / ..... te .....

.....

Reden en vermoedelijke duur van de hospitalisatie : .....

.....

.....

Gegevens van de geneesheer (stempel van de arts met naam, adres en inschrijvingsnummer bij de Orde der Geneesheren)

Datum : ... / ... / ..... Handtekening van de behandelende arts : .....

**3. Gedeelte in te vullen door de raadgevende geneesheer**

- Datum van ontvangst : ... / ... / .....
- Begindatum van de erkende arbeidsongeschiktheid : ... / ... / .....
- Oproeptermijn : .....
- Jaarlijks volgnummer : .....

Datum : ... / ... / .....      Handtekening van de raadgevende geneesheer : .....

**1. Identificatie van de titularis**

- Naam : ..... Voornaam : .....
- Hoofdverblijfplaats : .....  
.....
- Verzekeraar : Symbio, Neutrale Mutualiteit 206
- Lidnummer : .....
- Rijksregisternummer : .....
- Uw huidig adres (indien verschillend van uw hoofdverblijfplaats)  
.....  
.....

**2. Verklaring – In te vullen door de zelfstandige**

1. Begindatum van de arbeidsongeschiktheid : ... / ... / .....
2. Verbleef u, bij het optreden van uw arbeidsongeschiktheid, in het buitenland ?  
 neen                       ja  
Indien ja, wanneer bent u teruggekeerd naar België ? ... / ... / .....

**3. Geniet u van**

- a) een arbeidsuitkering toegekend aan loontrekkenden krachtens de wet van 9 augustus 1963 ?  
 neen                       ja
- b) een invaliditeitsbijdrage voor mijnwerkers ten laste van het N.P.F.M. ?  
 neen                       ja
- c) een rente, toelage of uitkering voor een arbeidsongeval ?  
 neen                       ja -> ..... % (\*)
- d) een rente, toelage of uitkering voor een beroepsziekte ?  
 neen                       ja -> ..... % (\*)
- e) een gebruikelijke en aanvullende toelage voor mindervaliden ?  
 neen                       ja -> ..... % (\*)

(\*) Indien ja, wat is de graad van invaliditeit ?

f) een ander voordeel, toelage, pensioen, rente of kapitaal ?

neen  ja -> ..... % (\*)

g) een pensioen, voor ouderdom of anciënniteit, toegekend door een Belgische of buitenlandse instelling voor sociale zekerheid ?

neen  ja

h) een pensioen, voor ouderdom of anciënniteit, toegekend door een openbare macht, door een publieke instelling of een instelling van algemeen nut ?

neen  ja

Als u op een van de vragen van a) tot h) « ja » hebt geantwoord :

i) sinds wanneer ? ... / ... / ..... (1)

... / ... / ..... (2)

*(2) voor het geval de titularise en tweede pensioen, rente, toelage of voordeel geniet)*

j) wat is het bedrag ?

(1)\*\* : ..... (2)\*\* : .....

\*\* *per dag, per week, per maand, per trimester, per jaar* (schrappen wat niet past)

k) instellingen die die bedragen betalen :

(1) Naam : .....

(2) Adres : .....

(1) Naam : .....

(2) Adres : .....

l) indien toepasselijk : heeft men in het geval van c) en f) een deel of heel de kapitaalrente uitbetaald ?

neen  ja

#### 4. Ontvangt u

a) een loon ten laste van een werkgever ?

neen  ja

Indien ja, voor welke periode :

Begindatum : ... / ... / .....

Einddatum : ... / ... / .....

b) een uitkering voor het verbreken van een arbeidsovereenkomst ?

neen                       ja

Indien ja, voor welke periode :

Begindatum : ... / ... / .....

Einddatum : ... / ... / .....

c) en uitkering gewaarborgd door een Belgische of buitenlandse wet in het geval van het onderbreken van een beroepsactiviteit die (mogelijk) schadelijk is voor uw gezondheid ?

neen                       ja

Indien ja, voor welke periode :

Begindatum : ... / ... / .....

Einddatum : ... / ... / .....

##### **5. Werkt u in een beschutte werkplaats ?**

neen                       ja

Indien ja, sinds : ... / ... / .....

Hoeveel bedraagt uw maandelijks loon ? .....

Datum : ... / ... / .....

Handtekening van de zelfstandige : .....

Indien er zich veranderingen zouden voordoen met betrekking tot de hierboven vermelde gegevens gedurende uw periode van arbeidsongeschiktheid, dient u deze onmiddellijk mee te delen. Een valse of onvolledige verklaring en het gebruik hiervan kunnen leiden tot strafrechtelijke sancties, krachtens het Koninklijk Besluit van 31 mei 1933, of tot de uitsluiting van het recht op vergoedingen van de ziekte-en invaliditeitsverzekering, krachtens het K.B. van 10 januari 1969.

Indien u problemen ondervindt bij het invullen van deze vragenlijst, aarzel dan niet om uw mutualiteit, uw Sociale Verzekeringskas of uw boekhouder te contacteren.

**1. Identificatie van de titularis**

- Naam : ..... Voornaam : .....
- Hoofdverblijfplaats : .....  
.....
- Verzekeraar : Symbio, Neutrale Mutualiteit 206
- Lidnummer : .....
- Rijksregisternummer : .....
- Benaming van uw Sociale Verzekeringskas (SVK) : .....  
.....

**2. Vragen met betrekking tot UW ZAAK voor uw arbeidsongeschiktheid (\*)**

Wordt de beroepsactiviteit uitgevoerd :

- a) in eigen naam ?       neen                       ja
- b) als bedrijf ?               neen                       ja

B.T.W.-nummer : .....

Indien u geen B.T.W.-nummer hebt, gelieve dan de volgende punten in te vullen :

Naam + rechtsvormen (NV, PVBA, ...) van de zaak :

.....

Adres van de sociale zetel van het bedrijf :

.....

Waar oefent u de activiteit uit (indien verschillend van het adres van de sociale zetel) :

.....

Gedetailleerde beschrijving van de activiteiten van het bedrijf en orde van belangrijkheid (bijvoorbeeld : landbouwbedrijf : aard, oppervlakte; transportbedrijf : aard, aantal voertuigen, ...) :

.....

.....

(\*) De persoonlijke beroepsactiviteiten moeten op de volgende pagina's gepreciseerd worden.

.....  
 .....  
 .....

Andere personen werken mee of hebben meegewerkt aan de uitbating van het bedrijf :

- echtgeno(o)t(e)/gezinsleden :             neen             ja    => Aantal : .....
- vennoten/gevolmachtigden/partners :    neen             ja    => Aantal : .....
- arbeiders :                                     neen             ja    => Aantal : .....
- bedienden :                                   neen             ja    => Aantal : .....
- andere :                                         neen             ja    => Aantal : .....

Indien uw arbeidsongeschiktheid veranderingen in het voortzetten van uw onderneming of bedrijf heeft veroorzaakt, gelieve hier dan te preciseren dewelke :

.....  
 .....

**3. Vragen met betrekking tot uw BEROEPSACTIVITEITEN binnen het bedrijf voor uw arbeidsongeschiktheid**

Beroep als zelfstandige (bijv. bakker, arts, kapper) :

.....

Sinds wanneer beoefent u dit beroep ?                    ... / ... / .....

Gedetailleerde beschrijving van de taken die u werkelijk uitgeoefend hebt voor het begin van uw arbeidsongeschiktheid. Om de raadgevende geneesheer toe te laten een beslissing te nemen, is het noodzakelijk op gedetailleerde wijze te beschrijven waaruit uw persoonlijke beroepsactiviteit binnen het bedrijf bestaat.

- Ging het eerder om manuele arbeid ?                     neen             ja
- Ging het eerder om intellectuele arbeid ?                 neen             ja
- Ging het eerder om een directie-of beheersfunctie ?    neen             ja

Eigenlijke beschrijving :

.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

**4. STOPZETTING van uw persoonlijke activiteit als zelfstandige**

U kan enkel erkend worden als arbeidsongeschikt als u uw activiteit als zelfstandige volledig hebt stopgezet. Indien u deze activiteit halftijds zou willen uitoefenen, moet u hiervoor op voorhand de toestemming vragen aan de raadgevende geneesheer van uw mutualiteit. Deze zal hier slechts de toestemming voor kunnen geven vanaf de tweede maand van uw arbeidsongeschiktheid.

Hebt u uw beroepsactiviteit volledig stopgezet sinds het begin van uw arbeidsongeschiktheid ?

neen                       ja

Indien ja, sinds wanneer ?      ... / ... / .....

Beoefent u uw beroepsactiviteit nog halftijds sinds het begin van uw arbeidsongeschiktheid ?

neen                       ja

Indien ja, sinds wanneer ?      ... / ... / .....

Welke taak beoefent u nog en hoeveel tijd besteedt u hieraan ? (in dagen en uren) ?

.....  
.....  
.....  
.....

**5. ANDERE professionele activiteiten buiten die als zelfstandige**

U kan slechts erkend worden als arbeidsongeschikt indien u ook uw andere professionele volledig hebt stopgezet. Als u deze activiteit halftijds wil blijven uitoefenen dient u hier op voorhand de toestemming voor te vragen aan de raadgevende geneesheer van uw mutualiteit.

Hebt u voor uw arbeidsongeschiktheid een andere activiteit dan die als zelfstandige beoefend ?

neen                       ja

Indien ja, welke activiteit (beschrijving van de activiteit en hoedanigheid, bijv. loontrekkende, functionaris, vrijwilligerswerk, ...) :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Sinds wanneer beoefent u deze activiteit ?      ... / ... / .....



Hebt u deze activiteit stopgezet ?

- neen
- gedeeltelijk
- ja

- Als u deze activiteit hebt stopgezet : Wanneer ? ... / ... / .....
- Als u deze activiteit gedeeltelijk uitoefent : Sinds wanneer ? ... / ... / .....

Welke taken blijft u voortzetten en hoeveel tijd besteedt u hieraan (in dagen en uren) :

.....

.....

.....

.....

**6. Bankrekening gegevens**

IBAN code : \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

BIC code : \_\_\_\_\_

**7. Andere opmerkingen**

.....

.....

.....

.....

Ik verklaar op mijn erewoord dat deze verklaring oprecht en volledig is en dat ik kennis heb genomen van de belangrijke bijgevoegde informatie.

Datum : ..... / ..... / .....

Handtekening : .....

Uw mutualiteit vraagt u deze gegevens voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor gezondheidszorgen en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en Koninklijk Besluit van 20 juli 1971). Dit document kan ook overgemaakt worden aan het RISZV. Krachtens de wet van 8 december 1992 ter bescherming van de privacy, hebt u het recht uw persoonlijke gegevens te kennen en te corrigeren. Indien u gebruik wil maken van dit recht, dient u dit schriftelijk aan te vragen bij uw mutualiteit. Voor meer informatie met betrekking tot de behandeling van deze gegevens, kan u zich richten tot de Commissie voor de bescherming van de privacy.

**BELANGRIJKE MEDEDELINGEN**

1. Gelieve dit document zo snel mogelijk op te sturen naar de raadgevende geneesheer van uw mutualiteit.
2. De inspecteurs van het Rijksinstituut voor Sociale Verzekeringen voor Zelfstandigen (RISVZ) zijn gemachtigd om ter plaatse een spontane controle uit te voeren, op eigen initiatief ofwel op aanvraag van de raadgevende geneesheer van uw verzekeringsmaatschappij. Als uw arbeidsongeschiktheid langer dan één jaar duurt, zal er een systematische controle uitgevoerd worden door het RISVZ.
3. Si Indien er zich wijzigingen zouden voordoen in de periode van uw arbeidsongeschiktheid met betrekking tot de hierboven vermelde gegevens, dient u die onmiddellijk mee te delen. Opmerking: een valse of onvolledige verklaring kan tot strafrechtelijke sancties leiden, krachtens de bepalingen van het Koninklijk Besluit van 31 mei 1933 betreffende de te verstrekken verklaringen in verband met toelagen, uitkeringen en vergoedingen van welke aard dan ook die, geheel of gedeeltelijk, ten laste zijn van de Staat. Een valse of onvolledige verklaring of het gebruik hiervan kan leiden tot een administratieve sanctie, meer bepaald tot het opheffen van het recht op vergoedingen van de ziekte-en invaliditeitsverzekering (uitkeringen en/of gezondheidszorgen), overeenkomstig het Koninklijk Besluit van 10 januari 1969.
4. Opgelet, indien u een einde dient te stellen aan de beroepsactiviteit ten gevolge van uw arbeidsongeschiktheid, kan u bij de Sociale Verzekeringskas een aanvraag indienen tot assimilatie van uw pensioen. Op die manier, kan u uw rechten op het pensioensregime behouden tijdens uw periode van arbeidsongeschiktheid, zonder bijdragen te moeten betalen. Contacteer tijdig uw Sociale Verzekeringskas.

# VERKLARING VAN HEROPNEMING

## VOOR ZELFSTANDIGEN

---

**Over te maken door de titularis aan de raadgevende geneesheer binnen de 48 uren die volgen op het einde van de periode van arbeidsongeschiktheid.**

### Identificatie van de titularis

- Naam : ..... Voornaam : .....
- Hoofdverblijfplaats : .....  
.....
- Verzekeraar : Symbio, Neutrale Mutualiteit 206
- Lidnummer : .....
- Rijksregisternummer : .....
- Uw huidig adres (indien verschillend van uw hoofdverblijfplaats)  
.....  
.....

- Zelfstandige  
of  
 Helpende echtgenoot

### Verklaring

Ondergetekende deelt mee aan de raadgevende geneesheer dat hij een professionele activiteit heeft heropgevat

vanaf ..... / ..... / .....

Datum : ... / ... / .....

Handtekening van de zelfstandige : .....