

Getuigschrift arbeidsongeschiktheid

Te gebruiken voor de aangifte aan uw Mutualiteit, Medex of NMBS, Infrabel, HR Rail

(Voor alle verplichte/facultatieve/verboden velden: zie de specifieke gegevensverzameling van de ontvanger)

NAAM		Geboortedatum	
VOORNAAM		Tel. patiënt	
INSZ		Tel. contact	
Beroep (huidig)		Zelfstandige : ja – neen	Geslacht : M V X

DUUR VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID :

Van (<i>begindatum</i>)	Tot en met (<i>einddatum</i>)	<input type="checkbox"/> Verlenging (<i>facultatief</i>)	<input type="checkbox"/> Herval (<i>facultatief</i>)
---------------------------	---------------------------------	--	--

Maak zwart wat van toepassing is

<input type="checkbox"/> Ziekte			
<input type="checkbox"/> Ziekte zwangerschapsgebonden		Vermoedelijke bevallingsdatum	... - ... - 20..
		Begindatum moederschapsrust	... - ... - 20..
<input type="checkbox"/> Ongeval	<input type="checkbox"/> Privé / Gemeen recht	Datum van het ongeval	... - ... - 20..
	<input type="checkbox"/> Arbeidsongeval		
	<input type="checkbox"/> Ongeval van of naar het werk		
<input type="checkbox"/> Beroepsziekte		Datum aanvraag beroepsziekte	... - ... - 20..
Woning verlaten		<input type="checkbox"/> Toegelaten	<input type="checkbox"/> Niet toegelaten

DIAGNOSE (*max 3*):

Codetype	+ code	en/of vrije tekst
Codetype	+ code	en/of vrije tekst
Codetype	+ code	en/of vrije tekst

☐ HOSPITALISATIE (*facultatief*)

Van (<i>begindatum</i>)	Tot en met (<i>ontslagdatum</i>)	Adres van het ziekenhuis
Naam van het ziekenhuis		

☐ **VERBLIJF TIJDENS HERSTEL** (*facultatief*): Straat - Nr. - Bus – Postcode - Gemeente

☐ **AANVRAAG VERBLIJF BUITENLAND** (*facultatief*) : van (*begindatum*) tot en met (*einddatum*)

NAAM ZORGVERLENER RIZIV-nr. Telefoonnummer/e-mail (<i>facultatief.</i>)	Handtekening van de zorgverlener (kan een gescande handtekening zijn)
Referentie getuigschrift : abcd12345678	DATUM : datum van het attest

Bezorg dit getuigschrift aan de adviserend arts van uw **ziekenfonds** via de post of geef het af in het kantoor (tegen ontvangstbewijs).

Wanneer ? Bij het begin van de arbeidsongeschiktheid.

- Bent u **arbeider**? Dan hebt u 14 kalenderdagen (1e dag arbeidsongeschiktheid inbegrepen);
- Bent u **bediende**? Dan hebt u 28 kalenderdagen (1e dag arbeidsongeschiktheid inbegrepen).
- Bent u **zelfstandige** of **werkloos**? Dan hebt u 7 kalenderdagen (1e dag arbeidsongeschiktheid niet inbegrepen).

Bij verlenging van uw arbeidsongeschiktheid of bij herval, doet u aangifte binnen 7 kalenderdagen (1e dag van deze periode van arbeidsongeschiktheid niet inbegrepen).
Contacteer uw ziekenfonds voor meer informatie.

Bent u ambtenaar en doet uw werkgever beroep op Medex om uw attesten wegens ziekte, arbeidsongeval of beroepsziekte te beheren?

Stuur dan dit attest zo vlug mogelijk per post op naar **Medex – Medische attesten, Galileelaan 5 bus 5 te 1210 Brussel**.

U werkt bij “NMBS, Infrabel of HR Rail” en u geeft er de voorkeur aan het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid per post te versturen? Dan verstuurt u dit certificaat binnen de 48 uur na raadpleging van de arts, - de poststempel geldt als bewijs – naar het volgende adres: **Ter attentie van de hoofddarts van HR Rail, 10-04 HR Rail Medisch attest, Frankrijkstraat 85, 1060 Brussel**.

Deze gegevens worden verwerkt overeenkomstig de Algemene Verordening inzake Gegevensbescherming (AVG) en de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens.