

datumstempel UI

datumstempel WB

IN TE VULLEN DOOR DE WERKNEMER

**MIJN IDENTITEIT**

NAAM en voornaam .....

RIJKREGISTERNUMMER (INSZ) ..... / ..... - .....  
Zie uw identiteitskaart

**REDENEN OM DIT FORMULIER IN TE DIENEN**

- ☐ Ik heb me spontaan arbeidsgeschikt verklaard op \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- ☐ Ik werd door de bevoegde medische instanties in het kader van de ziekte-en invaliditeitsverzekering arbeidsgeschikt verklaard vanaf \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- ☐ Ik ga akkoord met deze geschiktheidsverklaring  
Als u gebonden bent door een arbeidsovereenkomst en u niet in staat bent om het overeengekomen werk uit te voeren, vink dan het onderstaande vakje aan dat van toepassing is op uw situatie. Ga in de andere gevallen onmiddellijk naar het punt 'Ik vraag'.
- ☐ Ik ben verbonden door een arbeidsovereenkomst en ik werd door de **arbeidsarts tijdelijk** arbeidsongeschikt verklaard om het overeengekomen werk uit te voeren, met aanbevelingen voor ander werk of aangepast werk.  
Ik voeg de beslissing van de arbeidsarts toe en het formulier C27 RE-INTEGRATIE.
- ☐ Ik ben verbonden door een arbeidsovereenkomst en ik werd door de **arbeidsarts definitief** arbeidsongeschikt verklaard om het overeengekomen werk uit te voeren, met aanbevelingen voor ander werk of aangepast werk.  
Ik voeg de beslissing van de arbeidsarts toe en het formulier C27 RE-INTEGRATIE.
- ☐ Ik ben verbonden door een arbeidsovereenkomst maar ik ben nog steeds ongeschikt voor het uitvoeren van mijn werk EN er is een verzoek ingediend voor de start van een re-integratietraject.  
Ik voeg het formulier C27- RE-INTEGRATIE toe.
- ☐ Ik ben verbonden door een arbeidsovereenkomst en ik werd door mijn **behandelende arts** arbeidsongeschikt verklaard om het overeengekomen werk uit te voeren.  
Ik voeg het attest toe van mijn behandelende arts en een attest toe waaruit blijkt dat mijn werkgever me geen aangepast of ander werk kan aanbieden.
- ☐ Ik ben verbonden door een arbeidsovereenkomst en de bijzondere procedure 'einde arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht' is opgestart.  
Ik voeg het formulier C27-EINDE ARBEIDSOVEREENKOMST toe.
- ☐ Ik ga niet akkoord met deze geschiktheidsverklaring
- ☐ Ik dien geen beroep in
- ☐ Ik dien een beroep in bij de arbeidsrechtbank te .....  
Als bewijs van mijn rechtsvordering voeg ik hierbij ☐ een kopie van mijn verzoekschrift  
☐ een attest van de griffie van de arbeidsrechtbank
- Ik verbind mij ertoe om de RVA onmiddellijk op de hoogte te brengen van elke gerechtelijke beslissing die in deze zaak zal genomen worden.
- ☐ Ik was in zwangerschapsrust en de vermoedelijke bevallingsdatum was \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- ☐ De beslissing van de directeur van het werkloosheidsbureau tot niet-vergoedbaarheid wegens arbeidsongeschiktheid werd vernietigd door de rechtbank.  
Ik verklaar hierbij afstand te doen van de uitkeringen die ik ontvangen heb van de ziekte-en invaliditeitsverzekering indien de RVA aan de verzekeringsinstelling het bedrag terugbetaalt van de ziekte-uitkeringen die ik heb ontvangen, ten belope van het bedrag van de uitkeringen dat de RVA mij verschuldigd is.

**Ik vraag**

- ☐ volledige werkloosheidsuitkeringen aan vanaf \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.
- ☐ tijdelijke werkloosheidsuitkeringen aan vanaf \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

Tussen de dag dat ik opnieuw arbeidsgeschikt ben geworden en de datum van mijn uitkeringsaanvraag heb ik nog geen werkloosheidsuitkeringen aangevraagd om de volgende reden(en) :

**IK BEVESTIG OP MIJN EER DAT DEZE AANGIFT ECHT EN VOLLEDIG IS.**

Uw verklaringen worden verwerkt en bewaard in geïnformatiseerde bestanden. Meer uitleg over de bescherming van deze gegevens vindt u in de RVA-brochure omtrent de bescherming van de persoonlijke levenssfeer. Voor info "werkloosheidsverzekering", zie ook [www.rva.be](http://www.rva.be)

Datum \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_.

handtekening van de werknemer

<sup>1</sup> Vul de datum in vanaf wanneer u door de bevoegde medische instanties arbeidsgeschikt bent verklaard. Deze datum stemt niet noodzakelijk overeen met de datum van het medisch onderzoek.

Vul dit vakje ook in indien uw aanvraag om ziekte-uitkeringen werd geweigerd, omdat u door de bevoegde medische instanties niet als arbeidsongeschikt werd beschouwd in de zin van de ziekte-en invaliditeitsverzekering (bijvoorbeeld in het kader van een periodiek gezondheidstoezicht)