

Uw ziekenfonds vraagt u deze gegevens voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14 juli 1994). De regelgeving inzake de verwerking van de persoonsgegevens verleent de personen op wie die informatie betrekking heeft, een recht op toegang en op verbetering. Bijkomende informatie over de verwerking van die informatie kan bij de Gegevensbeschermingsautoriteit worden verkregen.

VOOR EEN VOLGENDE ONGESCHIKTHEID**In te vullen door de sociaal-verzekerde of kleefbriefje aanbrengen**

Naam en voornaam: _____

Rijksregisternummer: _____ - _____ - _____

Lidnummer: _____

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres): _____

Kleefbriefje

(De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de 2 kalenderdagen alle wijzigingen van zijn verblijfadres meedelen.)

Dit getuigschrift betreft: **Begin van deze arbeidsongeschiktheid**
 Verlenging van deze arbeidsongeschiktheid

Beroepssituatie op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid: **arbeider** **bediende** **werkloos**

Beroep (huidig): _____

Bent u zelfstandige in bijberoep? : **neen** **ja**: _____De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van: **een ongeval** **een beroepsziekte** **een andere ziekte****MEDISCH GEHEIM: in te vullen door de arts**

Ik ondergetekende arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen waarover ik nu beschik, dat (naam betrokken persoon): _____

arbeidsongeschikt is van ____ - ____ - ____ tot en met ____ - ____ - ____

Diagnose of symptomatologie, en/ of functionele stoornissen: _____

(Professionele en sociale moeilijkheden kunnen eveneens vermeld worden. Het geheel van deze bevindingen laten een betere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid toe. Zo kan men de oproepingen gericht inplannen.)

Facultatieve codering van de hoofddiagnose: **ICPC-2** _____ **of** **ICD-10** _____

De betrokkene is of zal worden gehospitaliseerd vanaf: ____ - ____ - ____

In geval van zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum: ____ - ____ - ____

Communicatie met de adviserend-arts: de adviserend-arts kan mij telefonisch of via mijn mailadres bereiken:

De overdracht van medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren.

Solidaris verzamelt en verwerkt persoonsgegevens. Dat doen we om onze taak als ziekenfonds te kunnen uitvoeren, om jouw dossier te beheren en om je op de hoogte te houden van onze diensten en activiteiten. Het is je recht om te weten welke gegevens we van jou verwerken, om te vragen je gegevens te verbeteren of te wissen, om je te verzetten tegen geautomatiseerde beslissingen en om de verwerking van je gegevens voor direct marketing stop te zetten. Stuur je verzoek t.a.v. onze privacyverantwoordelijke naar ons postadres of privacy.nl@solidaris.be

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV:

Datum: ____ - ____ - ____

Handtekening arts

Hoe moet u het getuigschrift aan uw ziekenfonds bezorgen?

1. Druk het getuigschrift van arbeidsongeschiktheid af.
2. Laat het invullen door uw arts.
3. Bezorg het **zo snel mogelijk** aan ons ziekenfonds:
 - Maak een goed leesbare **scan, foto of PDF-document** en bezorg het ons digitaal op www.solidaris.be/ziekteangifte. Je ontvangt na afloop een bevestigingsmail.
 - Of verstuur het met de post in een gesloten omslag. Frankeer je envelop.
 - Of geef het af in een van onze kantoren tegen ontvangstbewijs.
 - Steek het getuigschrift **niet** in een brievenbus van ons ziekenfonds.

Naar wie moet u het getuigschrift sturen?

Solidaris West-Vlaanderen

T.a.v. Adviserend-artsen
President Kennedypark 2
8500 Kortrijk

Solidaris Antwerpen

T.a.v. Dienst Arbeidsongeschiktheid
Sint-Bernardsesteenweg 200
2020 Antwerpen

Solidaris Oost-Vlaanderen

T.a.v. Adviserend-artsen
Tramstraat 69
9052 Zwijnaarde

Solidaris Limburg

T.a.v. Adviserend-artsen
Capucienenstraat 10
3500 Hasselt

Wanneer moet u het getuigschrift naar uw ziekenfonds sturen?

Als u uw ziekte voor de 1ste keer aangeeft:

- **Als zelfstandige, werkzoekende of interimaris:** binnen 7 kalenderdagen na het begin van uw ziekte
- **Als arbeider:** binnen 14 kalenderdagen na het begin van uw ziekte
- **Als bediende:** binnen 28 kalenderdagen na het begin van uw ziekte
- **Als ambtenaar:**
 - Bent u contractueel aangesteld als arbeider of bediende? Dan gelden de termijnen voor arbeiders (14 kalenderdagen) en bedienden (28 kalenderdagen).
 - Bent u vast benoemd? Dan hoeft u geen getuigschrift naar uw ziekenfonds te sturen. Uw werkgever staat in voor uw verdere uitbetaling.

Als u langer ziek blijft dan de voorziene einddatum, of als u binnen 14 kalenderdagen na werkhervatting opnieuw ziek wordt:

Stuur het getuigschrift binnen 7 kalenderdagen naar uw ziekenfonds bij elke verlenging van uw ziekte.

