|  |
| --- |
| **WERKNEMER / WERKNEEMSTER** |
| Naam : |  |
| Voornaam : |  |
| Rijksregisternummer : |  |
| Adres : |  |
| Telefoon : |  |
| e-mail : |  |
| In ziekte/arbeidsongeschiktheid sinds : |  |
| Eventuele hervatting voorzien voor : |  |
| Actuele functie (van voor de afwezigheid): |  |

**(\*)** Definitief ongeschikt verklaard door mijn behandelend arts : JA - NEE\*\* (\*\*) schrappen wat niet past

|  |
| --- |
| **ONDERNEMING OF INSTELLING** |
| Naam van de werkgever : |  |
| Adres : |  |
| BTW-nummer (indien u deze kent) : |  |
| Klantnummer (indien u deze kent) : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **BEHANDELEND GENEESHEER** | **MUTUALITEIT** |
| Naam : | Mutualiteit : |
| Adres : | Adres : |
|  | Uw aansluitingsnummer (zie vignet): |
| Telefoon : | Naam van uw adviserend geneesheer(indien u deze kent) : |

 Datum en handtekening van de werknemer: