



## BEWIJS VAN ARBEIDSHERVATTING OF WERKLOOSHEID

Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds onmiddellijk na het einde van de arbeidsongeschiktheid of de moederschapsrust.

(in te vullen door de werkgever of het werkloosheidsfonds)

1. Naam en voornaam:
2. Adres:
3. Inschrijvingsnummer VI:
4. INSZ-nummer:

Ik ondergetekende, verklaar dat betrokkene wegens ziekte / moederschapsrust / vaderschapsverlof / adoptieverlof (1)

de arbeid / werkloosheid (1) heeft onderbroken op \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

en hervat heeft op \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Voor echt verklaard.

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Stempel en handtekening van de werkgever of het werkloosheidsfonds.

(1) het onnodige schrappen.

**Kleef hier een groene kleefzegel –  
met BARCODE**