

Aanvrager van de kennisgeving van definitieve ongeschiktheid (*): Werknemer of behandelend arts
 Werkgever

Aangetekend te versturen aan de andere partij (werknemer of werkgever) en aan de arbeidsarts van de onderneming (CLB EDPB).

De werknemer wordt ten vroegste 10 kalenderdagen na ontvangst van de kennisgeving uitgenodigd voor een onderzoek.
 De werknemer heeft het recht om aan de preventieadviseur-arbeidsarts te vragen dat de mogelijkheden voor aangepast of ander werk onderzocht worden.
 De werknemer heeft het recht om zich te laten bijstaan door de vakbondsafvaardiging van de onderneming.

*aankruisen wat van toepassing is

Gegevens van de werknemer
 (gegevens van de te onderzoeken persoon)

NAAM: _____

VOORNAAM: _____

STRAAT: _____

POSTCODE: _____ GEMEENTE: _____

GSM: _____ / _____ TELEFOON: _____ / _____

e-MAIL: _____ @ _____

GEBOORTEDATUM: _____ / _____ / _____

RIJKSREGISTERNUMMER: _____

VERBOND MUTUALITEIT (nummer): _____ of klevertje van de mutualiteit:

BEHANDELEND ARTS (te contacteren arts voor overleg)

Dr. _____ TELEFOON: _____ / _____

HUIDIGE FUNCTIE (overeengekomen werk): _____

ARBEIDSONGESCHIKT SINDS _____ / _____ / _____

MUTUALITEIT	XXX
Familienaam Voornaam	(verbondsnummer)
Straat, nummer	
Postcode Woonplaats	(RRnummer of INSZ nummer)
XXX / XXX	XXXXXX XXX XX

Gegevens van de werkgever
 (naam, voornaam en adres van de werkgever, natuurlijke persoon of rechtsvorm, naam en zetel van de onderneming of instelling)

BEDRIJFSNAAM: _____

STRAAT: _____

POSTCODE: _____ GEMEENTE: _____

ONDERNEMINGSNUMMER: _____

CONTACTPERSOON voor de arbeidsarts: _____

FUNCTIE van de contactpersoon: _____

GSM: _____ / _____ of TELEFOON: _____ / _____

e-MAIL: _____ @ _____

DATUM en HANDTEKENING van de aanvrager: werknemer/werkgever (schrappen wat niet past)

_____ / _____ / _____