|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| zw25 | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| Aanvragen beslissing arbeidsgeschiktheid  voor het eigen werk van (ex-)werknemer | | | | | | | | | | | | | |
| Voor werkgevers die eigenrisicodrager zijn voor de Ziektewet | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Waarom dit formulier?**  Met dit formulier vraagt u een beslissing arbeidsgeschiktheid voor het eigen werk aan voor uw (ex-)werknemer. U doet dit omdat u van mening bent dat uw (ex-)werknemer weer het eigen werk kan doen. Of omdat u niet heeft kunnen vaststellen dat er sprake is van arbeidsongeschiktheid voor het eigen werk.  **Opsturen**  Stuur het volledig ingevulde en ondertekende formulier naar: UWV  Postbus 59517  1040 LA Amsterdam | | | |  | **Na uw aanvraag** Binnen 5 werkdagen na ontvangst van de aanvraag sturen wij uw (ex-)werknemer een brief met onze beslissing. U of het gemachtigde administratiekantoor ontvangt hiervan een kopie.  **Meer informatie** U vindt meer informatie op uwv.nl. U kunt ook bellen met UWV Telefoon Werkgevers via 088 – 898 92 95 (lokaal tarief – belkosten zijn afhankelijk van uw telefoonaanbieder). Als u belt, houd dan uw loonheffingennummer en het burgerservicenummer van uw (ex-)werknemer bij de hand. Wij kunnen u dan sneller helpen. | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 1 |  | Gegevens werkgever | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.1 | Bedrijfsnaam | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.2 | Adres | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.3 | Postcode en (vestigings)plaats | |  |  |  |  | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 1.4 | Loonheffingennummer, sector OSV  en risicopremiegroep of alleen het aansluitingsnummer | |  | Loonheffingennummer | | | | | | | |  | Sector OSV |  | Risicopremiegroep | | |  |
|  | | | | | | | |  |  |  |  | |  |
|  | | | | | | | | - |  | - |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |  |
| Aansluitingsnummer | | |  | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 2 |  | Gegevens (ex-)werknemer | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.1 | Voorletters en achternaam | |  | *Gebruikt uw (ex-)werknemer de achternaam van de partner? Vul dan ook de geboortenaam in.* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | | | | | | | | | |  | Man | | Vrouw |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.2 | Geboortedatum | |  |  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.3 | Burgerservicenummer | |  |  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 2.4 | Op welke datum heeft uw  (ex-)werknemer zich ziek gemeld? | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 3 |  | Reden van aanvraag | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.1 | Waarom vraagt u UWV om een beslissing? | |  | *Stuur het niet-medisch oordeel van de bedrijfsarts mee met deze aanvraag. Vermeld hierop duidelijk het burgerservicenummer van uw (ex-)werknemer.*  ***Let op:*** *Het is dus belangrijk dat er geen medische gegevens in staan.* | | | | | | | | | | | | | |  |
| Betermelding door bedrijfsarts vanaf | | | | | | |  | | | | | (*dd-mm-jjjj)* | |
|  | Afwijzing Ziektewet-uitkering: de (ex-)werknemer is vanaf de eerste ziektedag niet arbeidsongeschikt bevonden | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 3.2 | Ruimte voor toelichting op uw aanvraag | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | 4 |  | Ondertekening | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.1 | Wie heeft dit formulier ingediend? | |  | Eigenrisicodrager (werkgever)  Administratiekantoor⏵*Naam kantoor* | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | |  | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.2 | Naam indiener | |  |  | | | | | | | | | |  | Man | | Vrouw |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
| 4.3 | Telefoonnummer | |  |  | | | | |  | | | | | | | | |  |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | Datum en handtekening | |  |  | | | |  | |  | | | | | | | |  |
|  | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | | | | | | | | |  |