

AANVRAAG TOT BETALING VAN AANVULLENDE UITKERINGEN WEGENS ZIEKTE OF ONGEVAL

Terugzenden naar het :
SOCIAAL FONDS VOOR DE ONDERNEMINGEN
VOOR DE TERUGWINNING VAN METALEN (P.S.C. 142.01)
Buro & Design Center
Esplanade 1 Bte 87 - 1020 BRUXELLES
☎ 02/474.07.26 – Fax 02/474.07.29

IN TE VULLEN IN HOOFDLETTERS AUB

VAK IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER	<p>Naam of maatschappelijke benaming van de werkgever :</p> <p>Adres : Postnummer : Gemeente.....</p> <p>Volledig R.S.Z. nr. : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/>-<input type="text"/><input type="text"/> Tel. :/.....</p> <p>Ondergetekende, werkgever, verklaart op zijn eer :</p> <p>1° dat de hieronder vermelde arbeid(st)er :</p> <p style="padding-left: 20px;">voltijds is tewerkgesteld</p> <p style="padding-left: 20px;">deeltijds is tewerkgesteld <i>(het onnodige schrappen)</i></p> <p style="padding-left: 20px;">bij deeltijdse arbeid het regime bepalen :</p> <p>2° dat de arbeid(st)er een ononderbroken verlof wegens ziekte (behalve beroepsziekte) of ongeval (behalve arbeidsongeval) genoten heeft van tot, hetzij in totaal dagen</p> <p>3° dat het gewaarborgd weekloon betaald door de werkgever, de periode dekt van tot inbegrepen.</p> <p style="text-align: right;">Handtekening van de werkgever Voorafgegaan door de vermelding " echt en waarachtig verklaard "</p> <p>Datum/...../.....</p> <hr/> <p><i>(1) het hervallen in dezelfde ziekte wordt beschouwd als deel uitmakend van de vorige ongeschiktheid indien zij zich voordoet binnen de eerste 12 kalenderdagen volgende op het einde van deze periode van ongeschiktheid.</i></p>
VAK IN TE VULLEN DOOR DE ARBEID(ST)ER	<p>Ondergetekende, arbeid(st)er:</p> <p>Naam, voornaam : Rijksregisternr. :</p> <p>Adres : Postnummer Gemeente</p> <p>BETALINGSWIJZE :</p> <p>REKENING NR. : : <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/> <input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/><input type="text"/></p> <p>Handtekening van arbeid(st)er</p> <p>Datum/...../.....</p>
VAK IN TE VULLEN DOOR DE MUTUALITEIT	<p>Naam van de mutualiteit:</p> <p>Straat: Nr</p> <p>Postnummer..... Gemeente</p> <p>Wij verklaren dat voorvermelde arbeid(st)er:</p> <p>de primaire ongeschiktheidsuitkering van de Z.I.V. ontvangt (ontvangen heeft), wegens ongeval of ziekte, sedert tot</p> <p style="text-align: center;">Stempel van de mutualiteit. Te/...../.....</p> <p style="text-align: right;">Handtekening</p>

OPMERKING :
 De rechthebbende en de Uitbetalingsinstelling worden verzocht de juistheid van alle vermeldingen, inzonderheid het volledig Rijksregisternummer en data te verifiëren en desgevallend, volgens de voorziene procedure, te vragen gegevens te wijzigen.
 Uw persoonsgegevens zullen worden opgenomen in het databestand van het Fonds. De wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer geeft u recht van toegang tot de gegevens en de verbetering ervan.