

OVERSEAS CONTACT

Anda Martens
02 509 30 85
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

Deze aanvraag moet ingevuld worden door de verzekerde.

Formulier volledig invullen en gedateerd en ondertekend terugsturen naar de dienst.

AANVRAAG ZIEKENGELD EN INVALIDITEITSTOELAGEN

A. IDENTIFICATIE:

1. Aanvrager (verzekerde):

Naam: Voornaam:
Geboorteplaats en -datum: - ____/____/____
Nationaliteit:
Nr. rijksregister: ____/____/____ Aansluitingsnummer: ____/____/____
Beroep: Burgerlijke staat:
Volledig adres:
Telefoonnr.:
Faxnr.:
E-mail:

De ziekte manifesteerde zich op: ____/____/____ Het ongeval is overkomen op: ____/____/____
Datum waarop de arbeid werd stopgezet: ____/____/____
De bevalling is voorzien / vond plaats op: ____/____/____
De ziekte is een hervallen: ja neen

2. Echtgeno(o)t(e) / samenwonend met

Naam: Voornaam:
Geboortedatum: ____/____/____ Nationaliteit:
Huwelijksdatum: ____/____/____ Beroep:

3. Kinderen ten laste, jonger dan 25 jaar:

	Naam	Voornaam	Geboortedatum
1	____/____/____
2	____/____/____
3	____/____/____
4	____/____/____

B. DOCUMENTEN TOE TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG:

- verklaring van de mutualiteit waarbij de verzekerde was aangesloten vóór zijn vertrek naar het buitenland. (buiten E.U.) indien zijn deelname aan de verzekering geen 6 maand belooft.
- uittreksel geboorteakte van het kind, bij aanvraag vergoeding tijdens zwangerschapsverlof.

OVERSEAS CONTACT

Anda Martens
02 509 30 85
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

C. VOORDELEN DIE DE AANVRAGER GENIET:

Aanduiding van de voordelen die de aanvrager moet aangeven	Bedrag	Periode	Uitkerende instelling (juiste benaming en adres, een bewijs toevoegen)
1. Verlofgeld:			
2. Contractbreuk- of vooropzegvergoedingen:			
3. Ouderdomsrenten en -toelagen:			
4. Herstel van arbeidsongevallen en beroepsziekten:			
5. Voordelen, vergoedingen of toelagen uitgekeerd op grond van enige wetgeving inzake ziekte, invaliditeit of werkloosheid:			
6. Gezinsvergoedingen of -uitkeringen:			
7. Ontvangt u een uitkering van het OCMW of FOD Sociale zekerheid/ DG personen met een handicap? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> neen			

D. GENEESKUNDIGE ZORGEN:
1. Bent u verzekerd bij een andere verzekeraar (ziekenfonds of privéverzekering) dan de OSZ?

- Ja, adres en naam van de verzekering:
- Nee

2. Geniet u van de verhoogde tegemoetkoming? (RVT)

- Ja Nee

3. Wenst u de bijdragen verder te betalen voor het bestaande OSZ-contract "Geneeskundige Verzorging"?

- Ja Nee

E. VERBINTENISSEN VAN DE AANVRAGER:

De aanvrager verbindt er zich toe de Dienst dadelijk in te lichten nopens elke wijziging:

- a) in de samenstelling van zijn gezin of in de lasten die eruit voortvloeien;
b) in de bijzonderheden van de hierboven onder C genoemde voordelen;
c) aangaande hervatting van de beroepsbezigheid of inschrijving als werkzoekende.

F. VERMELDING VAN DE FINANCIËLE REKENING WAAROP DE VERGOEDINGEN KUNNEN BETAALD WORDEN:

Financiële instelling:

Nr IBAN : BE ____ / ____ / ____ / ____ Nr BIC : _____

Ondergetekende machtigt de Dienst om de uitgekeerde bedragen ziekingeld mee te delen aan zijn werkgever indien deze daarom verzoekt. (doorhalen wat niet past): ja neen

Ik bevestig dat deze verklaring oprecht en volledig is. Ik besef dat een valse/onvolledige verklaring kan leiden tot strafmaatregelen (KB van 31 mei 1933) en/of terugvorderingen (wet van 17 juli 1963).

Opgemaakt te op ____ / ____ / ____

Handtekening*

* Uw gegevens worden volgens de geldende wet op de privacy behandeld (wet van 8 december 1992). U kunt hiervan inzage vragen en ze desgewenst wijzigen. Ze worden uitsluitend gebruikt voor de behandeling van uw aanvraag.

(* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)