

OVERSEAS CONTACT

Stijn Blommaert
02 509 33 60
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

AANVRAAG TUSSENKOMST VAN DE ZIEKTE EN INVALIDITEITSVERZEKERING / MODEL 2 INDIVIDUEEL

Aansluitingsnr.: ____/____/____

Ik die teken,

verklaar dat mijn beroepsactiviteit vanaf ____/____/____ geschorst is omwille van ziekte/
ongeval/ zwangerschap(*).

Mijn bezoldiging nam een einde op ____/____/____ (datum).

Ik geef de Dienst de toelating deze verklaring te controleren, vooral bij de Administratie der Directe Belastingen.

Bewust van het feit dat een valse of onvolledige verklaring tot boetes of gevangenisstraffen kan leiden overeenkomstig de bepalingen van het K.B. van 31 mei 1933 betreffende de verklaringen te doen i.v.m. subsidies, vergoedingen en toeslagen van elke aard die, geheel of gedeeltelijk, ten laste zijn van de Staat, BEVESTIG IK OP DE EER DAT DEZE VERKLARING OPRECHT EN VOLLEDIG IS.

Ik verbind mij er toe de Dienst onmiddellijk kennis te geven van iedere wijziging van mijn nationaliteit of burgerlijke stand, evenals van elke hervatting van beroepsactiviteit.

Opgemaakt te op ____/____/____

Handtekening*

(*) Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan

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.