



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Contactpersonen :
Anda MartensTelefoon :
02/509 30 85email :
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be**Aanvraag ziekengeld en invaliditeitstoelagen****A. IDENTIFICATIE:****a) Aanvrager (verzekerde)**

NAAM: Voornamen:

Geboorteplaats en -datum: Nationaliteit:

Nr. rijksregister: Burgerlijke staat :

Beroep: Telefoonnr/faxnr.:

Volledig adres:

E-mail :

➤ De ziekte manifesteerde zich op.....	➤ Datum waarop de arbeid werd stopgezet
➤ Het ongeval is overkomen op.....	➤ De ziekte is een hervallen: Ja / Neen
➤ De bevalling is voorzien / vond plaats op.....	

b) Echtgeno(o)t(e)/ NAAM : Voornaam:.....**Samenwonend met** Geboortedatum: Nationaliteit:.....

Huwelijksdatum: Beroep:.....

c) Kinderen ten laste, jonger dan 25 jaar

Naam	Voornaam	Geboortedatum
1.....
2.....
3.....

Wordt kinderbijslag betaald voor genoemde kinderen ? JA - NEEN**B. DOCUMENTEN TOE TE VOEGEN BIJ DE AANVRAAG:**

- voor elk kind ten laste, ouder dan 18 jaar, een schoolgetuigschrift waaruit blijkt dat het werkelijk lessen volgt aan een onderwijsinstelling met volledig leerplan.
- 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.
- verklaring van de compensatiekas of de werkgever welke de kinderbijslag betaald of betaald heeft.

C. VOORDELEN DIE DE AANVRAGER GENIET:

Aanduiding van de voordelen die de aanvrager moet aangeven	Bedrag	Periode	Uitkerende instelling (juiste benaming en adres)
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. Wenst u de verder de bijdragen te betalen voor het bestaande contract 'Geneeskundige Verzorging'? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen			

D. 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.

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

Financiële instelling: Nr IBAN: ____ / ____ / ____ / ____
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).

Gedaan 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.