

Specifieke informatie in verband met COVID-19

Om ons toe te laten uw aanvraag zo snel mogelijk te behandelen vragen wij u de richtlijnen hieronder op te volgen.

Formulier 501 (administratief formulier dat u zelf moet invullen)	Formulier 503 (medisch formulier dat door een dokter moet ingevuld worden)
Behalve uw persoonlijke gegevens (naam, voornaam, geboortedatum, adres, telefoonnummer en/of GSM-nummer en mailadres) en uw vorming , is het absoluut noodzakelijk om ons zo veel mogelijk informatie over uw beroepsactiviteit te bezorgen.	moet de duidelijke diagnose (COVID-19) en de medische evolutie van de ziekte (doktersverslagen) bevatten;
Vul de gegevens van uw werkgever in en vermeld de dienst waarop u tewerkgesteld bent. U moet ook de aard van uw beroepsbezigheden beschrijven tijdens de laatste weken vóór het verschijnen van de symptomen.	moet het laboratoriumprotocol dat de besmetting met het SARS-CoV-2-virus bevestigt (die resultaten zijn absoluut noodzakelijk om uw dossier te behandelen) bevatten;
Vergeet niet om een kleefbriefje van uw ziekenfonds toe te voegen en om uw sociale toestand in vak 5 aan te duiden. Vergeet zeker niet uw aanvraag te dateren en te ondertekenen .	moet de duur van de arbeidsongeschiktheid die door de dokter voorgeschreven werd (indien mogelijk een kopie van het medisch attest) bevatten.
Dit formulier moet samen met het formulier 503 (medisch attest) opgestuurd worden.	Als de arbeidsongeschiktheid verlengd wordt, stuurt u ons zo snel mogelijk een kopie van het medisch attest dat de periode en de reden van de verlenging vermeldt.

Aanvraagformulier schadeloosstelling voor een beroepsziekte
Beroepsziektewetgeving voor de privésector

1. Identiteit van de aanvrager

Rijksregisternummer
< zie achteraan identiteitskaart

Naam
< voor vrouwen: meisjesnaam

Voornaam
< officiële voornaam

Geboortedatum
< dag/maand/jaar

Straat

Nummer bus

Postcode en gemeente

Telefoon
< bereikbaar tussen 9 en 17 uur

E-mail

Taalkeuze
 Nederlands
 Frans
 Duits
 < kruis aan wat past

2. Vorming

< Kruis uw hoogst behaalde diploma aan en vermeld in welk jaar u dit diploma behaalde.

Geen lager onderwijs beëindigd

Lager onderwijs beëindigd in het jaar ____

Lager middelbaar onderwijs beëindigd in het jaar ____

Hoger middelbaar onderwijs beëindigd in het jaar ____

Hoger niet-universitair of universitair onderwijs beëindigd in het jaar ____

3. Beroepsloopbaan

< Indien u te weinig plaats heeft om te schrijven, voegt u een blad toe.

< Aard van het werk: omschrijf zeer nauwkeurig wat u werkelijk deed (bv: "besturen van een vrachtwagen van 20 ton" en dus niet "arbeider" of "bediende").

A. Uw huidige (of laatste) werkgever in België

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

B. Volledige beroepsloopbaan buiten België→ Heeft u ook in andere landen dan België gewerkt ? Ja Nee

Periode van tewerkstelling		Naam en adres (+land) werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

C. Werkgever(s) waarbij u uw beroepsziekte vermoedelijk heeft opgelopen

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

4. Uw ziekenfonds< Bij voorkeur **kleefbriefje** plakken.

<input type="checkbox"/> 1. Christelijke Mutualiteiten	<input type="checkbox"/> 4. Liberale Mutualiteiten
<input type="checkbox"/> 2. Neutrale Ziekenfondsen	<input type="checkbox"/> 5. Onafhankelijk Ziekenfondsen
<input type="checkbox"/> 3. Socialistische Mutualiteiten	<input type="checkbox"/> 6. Hulpkas voor Ziekte - en Invaliditeitsverzekering
<input type="checkbox"/> Andere:	

5. Sociale toestand→ Krijgt u een Belgisch of buitenlands rust- of overlevingspensioen ? Ja Nee

< Indien u een aanvraag heeft ingediend, mag u ook de toekomstige ingangsdatum en instelling invullen.

Zo ja, sedert wanneer ? __ / __ / __

Van welke instelling ? Federale Pensioendienst Andere :→ Krijgt u een uitkering wegens beroepsziekte van een andere instelling dan Fedris ? Ja Nee

Zo ja, sedert wanneer ? __ / __ / __

→ Krijgt u een uitkering wegens werkloosheid ? Ja Nee

Zo ja, sedert wanneer ? __ / __ / __

Ik verzoek om schadeloosstelling wegens beroepsziekte en bevestig dat bovenstaande verklaring oprecht en volledig is ingevuld.

Datum: __ / __ / __

Handtekening:

Stuur dit formulier samen met het medisch getuigschrift 503 N terug naar
Fedris - Sterrenkundelaan 1 - 1210 Brussel