

## Spezifische Informationen im Zusammenhang mit COVID-19

Damit wir Ihren Antrag so schnell wie möglich untersuchen können, bitten wir Sie, folgende Richtlinien zu beachten.

<b>Formular 501</b> (administratives Formular, das von Ihnen auszufüllen ist)	<b>Formular 503</b> (medizinisches Formular, das von einem Arzt auszufüllen ist)
Neben Ihren <b>persönlichen Daten</b> (Name, Vorname, Geburtsdatum, Adresse, Telefonnummer und/oder Handynummer und E-Mail-Adresse) und Ihrer <b>Ausbildung</b> ist es unbedingt erforderlich, uns so viele Informationen wie möglich über Ihre <b>Berufstätigkeit</b> zu geben.	muss die eindeutige Diagnose (COVID-19) und den medizinischen Verlauf der Krankheit (Arztberichte) enthalten;
Füllen Sie die Angaben zu Ihrem Arbeitgeber aus und geben Sie den Dienst an, in dem Sie arbeiten. Sie müssen auch die <b>Art Ihrer Berufstätigkeiten</b> in den letzten Wochen vor dem Auftreten der Symptome beschreiben.	<b>muss das Laborprotokoll, das die Infektion mit dem SARS-CoV-2-Virus bestätigt, enthalten (diese Ergebnisse sind zur Behandlung Ihres Antrags unbedingt erforderlich);</b>
Vergessen Sie nicht, einen <b>Aufkleber Ihrer Krankenkasse</b> anzubringen und in Feld 5 Ihre <b>soziale Situation</b> anzugeben. Vergessen Sie nicht, Ihren Antrag <b>zu datieren und zu unterschreiben</b> .	muss die Dauer der vom Arzt verordneten Arbeitsunfähigkeit enthalten (wenn möglich, eine Kopie des ärztlichen Zeugnisses).
Dieses Formular muss zusammen mit dem Formular 503 (medizinisches Formular) eingereicht werden.	Wenn die Arbeitsunfähigkeit verlängert wird, schicken Sie uns so bald wie möglich eine Kopie des ärztlichen Zeugnisses mit Angabe der Dauer und des Grundes für die Verlängerung zu.



**Antragsformular: Entschädigung für eine Berufskrankheit**  
Rechtsvorschriften über Berufskrankheiten für den Privatsektor

**1. Identität des Antragstellers**

Nationale Registernummer  -  -

Name   
*(für Frauen: Mädchenname)*

Vorname *(offizieller Vorname)*

Geburtsdatum  /  /   
*(Tag, Monat, Jahr)*

Straße, Nummer und Briefkasten

Nr.  Bfk.

Postleitzahl und Ort

Postleitzahl

Telefon

E-mail

Kontonummer

Sprache  Deutsch  Französisch  Niederländisch *(kreuzen Sie das Zutreffende an)*

**2. Ausbildung**

- Grundschule nicht beendet
- Grundschule beendet im Jahre
- Unterstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre
- Oberstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre
- Universitärer oder nicht-universitärer Hochschulunterricht beendet im Jahre

**3. Berufslaufbahn**

< Wenn Sie zu wenig Platz haben um alles zu schreiben, fügen Sie ein Blatt bei.  
< Art der Arbeit: umschreiben Sie sehr genau, welche Tätigkeiten Sie wirklich ausführen/ausgeführt haben (z.B. "einen Lastkraftwagen von 20 Tonnen steuern", also nicht "Arbeiter" oder "Angestellter").

**A. Ihr jetziger (oder letzter) Arbeitgeber in Belgien**

Beschäftigungsperiode		Name und Adresse des Arbeitgebers	Art der Arbeit
Anfangsdatum	Enddatum		

## B. Vollständige Berufslaufbahn außerhalb Belgiens

Haben Sie in anderen Ländern als Belgien gearbeitet?  Ja  Nein

Beschäftigungsperiode		Name und Adresse (+ Land) des Arbeitgebers	Art der Arbeit
Anfangsdatum	Enddatum		

## C. Arbeitgeber, bei dem/denen die Berufskrankheit vermutlich entstanden ist

Beschäftigungsperiode		Name und Adresse des Arbeitgebers	Art der Arbeit
Anfangsdatum	Enddatum		

## 4. Ihre Krankenkasse

< Vorzugsweise einen **Aufkleber** Ihrer Krankenkasse kleben

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1. Christliche Krankenkasse    | <input type="checkbox"/> 4. Liberale Krankenkasse                             |
| <input type="checkbox"/> 2. Neutrale Krankenkasse       | <input type="checkbox"/> 5. Freie Krankenkasse                                |
| <input type="checkbox"/> 3. Sozialistische Krankenkasse | <input type="checkbox"/> 6. Hilfskasse für Kranken- und Invalidenversicherung |
| <input type="checkbox"/> Andere : .....                 |   |

## 5. Soziale Lage

→ Beziehen Sie eine belgische oder ausländische Alters- oder Hinterbliebenenrente?  Ja  Nein

< Wenn Sie einen Antrag eingereicht haben, füllen Sie bitte das zukünftige Anfangsdatum und den Namen der Einrichtung aus.

Wenn ja, seit wann? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Von welcher Einrichtung?  Föderaler Pensionsdienst  Andere : .....

→ Beziehen Sie eine Entschädigung wegen Berufskrankheit von einer anderen Einrichtung als Fedris?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

→ Beziehen Sie Arbeitslosengeld?  Ja  Nein

Wenn ja, seit wann? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Ich beantrage hiermit eine Entschädigung wegen einer Berufskrankheit und bestätige, dass die obenstehende Erklärung aufrichtig und vollständig ist.

Datum: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Unterschrift: .....

Schicken Sie dieses Formular zusammen mit dem ärztlichen Attest 503 D zurück an  
**Fedris – Avenue de l’Astronomie 1 – 1210 Brüssel**

Obenstehende Daten werden gemäß der Bestimmungen des Gesetzes vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz bezüglich der Bearbeitung von Personendaten verarbeitet. Diese Daten werden im Hinblick auf die Anwendung der Sozialgesetzgebung gesammelt. Wenn Sie Ihre Personaldaten einsehen oder verbessern möchten, können Sie Fedris schriftlich darum bitten.