



Aanvraagformulier schadeloosstelling voor een beroepsziekte

Beroepsziektewetgeving voor de privésector

1. Identiteit van de aanvrager

Rijksregisternummer - -

Naam
(voor vrouwen: meisjesnaam)

Voornaam *(officiële voornaam)*

Geboortedatum / /
(dag, maand, jaar)

Straat, nummer en bus
 Nr Bus

Postcode en gemeente
 Code postal

Telefoon / Gsm

E-mail

Bankrekeningnummer

Taalkeuze *(kruis aan wat past)* Nederlands Frans Duits

2. Vorming

- 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. Onafhankelijke 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

Bovenstaande gegevens zullen worden verwerkt in overeenstemming met de bepalingen van de wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens. Deze gegevens worden verzameld met het oog op de toepassing van de socialezekerheidswetgeving. Indien u wenst uw persoonsgegevens in te kijken of te verbeteren, kunt u dat schriftelijk vragen aan Fedris.