



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.