

## LANGDURIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

**ZIEKTE - ONGEVAL VAN GEMEEN RECHT- ZWARE-NIET DODELIJKE ARBEIDSONGEVAL OF ONGEVAL OP WEG NAAR EN VAN HET WERK - BEROEPSZIEKTE**

Syndicale organisatie



**AANVRAAGFORMULIER / VERLENGING**

Constructiv ontvangen op

### **A IN TE VULLEN DOOR DE ARBEIDER (IN HOOFDLETTERS)**

Naam: ..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr.: ..... Bus:.....

Postcode: ..... Gemeente: ..... Land: .....

Identificatienummer bij de Sociale Zekerheid (I.N.S.Z.)

						-			-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

verklaart tenminste 30 kalenderdagen

arbeidsongeschikt te zijn wegens ziekte, ongeval van gemeen recht, arbeidsongeval, of beroepsziekte en hiervoor een vergoeding te ontvangen van het ziekenfonds, verzekeringsinstelling of FEDRIS.

Datum: ..... / ..... / 20.....

Handtekening arbeider

.....

*Door het invullen van dit document, geef ik de toestemming aan Constructiv en aan de gemachtigde instellingen die samenwerken aan de uitvoering van zijn wettelijke opdrachten tot verwerking van mijn persoonsgegevens met het oog op het beheer van mijn dossier. Voor elke info betreffende de verwerking van mijn gegevens, kan ik [www.constructiv.be](http://www.constructiv.be) consulteren OF een mail sturen naar [privacy@constructiv.be](mailto:privacy@constructiv.be).*

### **B IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER**

Naam werkgever: .....

R.S.Z-nummer: ...../.....

Statuut: arbeider / leerjongen / ander: .....(aanduiden wat past)

Datum in dienst : ..... / ..... / 20.....

Datum van begin langdurige ongeschiktheid / ongeval(\*) : ..... / ..... / 20.....

Gewaarborgd loon werd uitbetaald van: ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

Datum uit dienst indien de arbeidsovereenkomst werd beëindigd : ..... / ..... / 20.....

(\*) Naam van de verzekeringsinstelling:.....

Aansluitingsnummer werkgever:.....

Datum: ..... / ..... / 20.....

Stempel/Handtekening  
onderneming

**C | IN TE VULLEN DOOR HET ZIEKENFONDS / DE VERZEKERINGSINSTELLING / FEDRIS**

De ondergetekende verklaart hierbij dat betrokken arbeider vermeld op de voorzijde van dit formulier

**een uitkering heeft ontvangen voor een ononderbroken periode van primaire arbeidsongeschiktheid**

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20..... .....% \*

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20..... .....% \*

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20..... .....% \*

**\* gelieve het % van arbeidsongeschiktheid te vermelden**

Periode van toegestane werkhervatting: ..... / ..... / 20.....

Periode van gedeeltelijke werkhervatting(\*): ..... / ..... / 20.....

(\* ) gelieve een attest bij te voegen met de toestemming van de raadgevend geneesheer van het ziekenfonds.

**geen uitkering heeft ontvangen voor de volgende periode(s) van primaire arbeidsongeschiktheid (aanduiden en invullen wat past)**

- **Gewaarborgd loon** bij arbeidsongeval in geval van hervalling na werkhervatting

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

- **Verlof**

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

- **Gedeeltelijke of volledige werkhervatting zonder voorafgaande toestemming**

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

- **Sanctie, omwille van** .....

Verbrekingsvergoeding:

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

- **Niet vergoedbare periode, namelijk:** .....

van ..... / ..... / 20..... tot ..... / ..... / 20.....

Datum: ..... / ..... / 20.....

Stempel  
ziekenfonds/verzekeringstelling/  
FEDRIS

Handtekening van de aangestelde

.....