



**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/verzekeringinstelling/  
FEDRIS

Handtekening van de aangestelde

.....