



## SOCIAAL FONDS VAN DE BETONINDUSTRIE

(K.B. van 15.3.1982 - B.S. van 20.5.1982)

Vorstlaan 68 - 1170 Brussel - Tel. : 02.735.80.15 - www.fondsbeton.be

### Aanvraagformulier : Aanvullende vergoeding bij langdurige arbeidsongeschiktheid

#### **A. DOOR DE ARBEID(ST)ER IN TE VULLEN** (in drukletters)

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

Adres : .....

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

Geboortedatum : ...../...../..... Rijksregisternummer : .....

Bankrekeningnummer : IBAN ..... BIC .....

Begindatum arbeidsongeschiktheid : ...../...../..... Einddatum arbeidsongeschiktheid: ...../...../.....

Aansluitingsnummer bij het ziekenfonds : .....

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

Ondergetekende werkgever :

Naam van de onderneming : ..... Ondernemingsnummer : .....

Naam van de werkgever of zijn aangestelde : .....

Adres : .....

Postcode : ..... Gemeente : ..... Telefoon : .....

verklaart dat de arbeid(st)er, bij aanvang van de arbeidsongeschiktheid, door een arbeidsovereenkomst verbonden was aan de hierboven vermelde onderneming,  
en dat zijn arbeidsprestaties worden aangegeven bij de R.S.Z. onder nummer : .....

dat hij aan de betrokkene het gewaarborgd loon heeft uitbetaald voor de periode gaande  
van ...../...../..... tot en met ...../...../.....

Gelieve de reden te vermelden indien er geen of slechts gedeeltelijk gewaarborgd loon werd uitbetaald :  
.....

Datum van indiensttreding : ...../...../..... Datum van uitdiensttreding : ...../...../.....

Handtekening van de werkgever of zijn aangestelde Datum : ...../...../..... Stempel van de onderneming  
.....

#### **C. DOOR HET ZIEKENFONDS IN TE VULLEN**

Het ziekenfonds verklaart :

dat de periode van arbeidsongeschiktheid (aanvang vermeld in vak A) *aanleiding / geen aanleiding\** gegeven heeft tot het toekennen van de uitkering voor arbeidsongeschiktheid (ziekte, ongeval) :

a) van ...../...../..... tot en met ...../...../..... ( .....%)

b) van ...../...../..... tot en met ...../...../..... (.....%) (hervalling : J / N)

Handtekening van het ziekenfonds Datum : ...../...../..... Stempel van het ziekenfonds  
.....

(\*)Het overbodige schrappen