

C VON DER KRANKENKASSE / VERSICHERUNGS ORGANISMUS / FEDRIS AUSZUFÜLLEN

Der Unterzeichnete erklärt hiermit, dass der auf der Vorderseite dieses Formulars erwähnte Arbeiter

eine Entschädigung erhielt für eine ununterbrochene primäre Arbeitsunfähigkeit

vom / / 20..... bis zum / / 20.....% *

vom / / 20..... bis zum / / 20.....% *

vom / / 20..... bis zum / / 20.....% *

*** bitte geben Sie den Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit an.**

Periode von erlaubter Arbeitswiederaufnahme: / / 20.....

Periode von teilzeitige Arbeitswiederaufnahme (*): / / 20.....

(*) Bitte eine Bescheinigung mit Erlaubnis des Vertrauensarztes der Krankenkasse einschließen.

keine Entschädigung erhielt für die folgende(n) Periode(n) von primärer Arbeitsunfähigkeit (Zutreffendes ankreuzen und auszufüllen)

- **Garantielohn** bei einem Arbeitsunfall im Falle eines Rückfalls nach Wiederaufnahme der Arbeit

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

- **Urlaub**

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

- **Teilzeitige Wiederaufnahme der Arbeit ohne Bewilligung**

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

- **Sanction wegen**

Bruchentschädigung:

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

- **Andere, unter anderen:**

vom / / 20..... bis zum / / 20.....

Datum: / / 20.....

Stempel

Krankenkasse/Versicherungsorganisme/
Fedris

Unterschrift des Beauftragten

.....

2/2

Constructiv

Koningsstraat 132 bus 1, 1000 BRUSSEL • rue Royale 132 bte 1, 1000 BRUXELLES
t +32 2 209 65 60 • f +32 2 209 65 86 • www.constructiv.be • maladie-accident@constructiv.be