

LANGDAUERNDEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

KRANKHEIT- UNFALL GEMEINEN RECHTES - ARBEITSUNFALL ODER EIN UNFALL AUF DEM WEG DER ARBEITUND (ERNSTE – NICHT TÖDLICHE FÄLLE) - BERUFSKRANKEIT

Gewerkschaftsorganisation  Bau – Industrie & Energie	BEWILLIGUNGSAНTRAG/ ERWEITERUNG	Constructiv Einreichungsdatum
--	--	--------------------------------------

A VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN (IN BLOCKSCHRIFT)

Name: Vorname:

Straße: N°: Briefkasten:

Postleitzahl: Gemeinde: Land:

Erkennungsnummer der Sozialen Sicherheit (E.N.S.S.)

_____ - _____ - _____

erklärt mindestens 30 Kalendertage

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit, Unfall des allgemeinen Rechts, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit und erhält Entschädigung von der Krankenkasse, Versicherungsanstalt oder FEDRIS.

Datum: / / 20..... Unterschrift der Antragstellers

Unterschrift der Antragstellers

.....

Mit dem Ausfüllen dieses Dokuments erteile ich Constructiv sowie den befugten Einrichtungen und Stellen, die an der Ausführung ihrer gesetzlichen Aufträge mitwirken, mein Einverständnis, meine personenbezogenen Daten zwecks Verwaltung meiner Akte zu verarbeiten. Nähere Informationen über die Verarbeitung meiner Daten finde ich auf www.constructiv.be ODER erhalte ich auf Anfrage per E-Mail an privacy@constructiv.be.

B VOM ARBEITGEVER AUSZUFÜLLEN

Bezeichnung:

L.L.S nummer: /

Status: Arbeiter / Lehrling / Andere: (Zutreffendes ankreuzen)

Dienstantritt datum : / / 20

Datum des Anfangs der Arbeitsunfähigkeit/ Unfalls (*) : / / 20

Der Garantielohn wurde bezahlt vom: / / 20..... bis zum / / 20.....

Wenn der Arbeitsvertrag ausgelaufen hat, Datum des Dienstendes: / / 20.....

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

Bruchsentschädigung:

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

