

## Aanvraagformulier schadeloosstelling voor een beroepsziekte

### Beroepsziektewetgeving voor de privésector

### 1. Identiteit van de aanvrager

Rijksregisternummer      -    -    
 < zie achteraan identiteitskaart

Naam                   
 < voor vrouwen: meisjesnaam

Voornaam                   
 < officiële voornaam

Geboortedatum   /   /     
 < dag/maand/jaar

Straat

Nummer          bus

Postcode en gemeente     |

Telefoon                        
 < bereikbaar tussen 9 en 17 uur

E-mail  @

Taalkeuze  Nederlands  Frans  Duits < kruis aan wat past

### 2. Vorming

< Kruis uw hoogst behaalde diploma aan en vermeld in welk jaar u dit diploma behaalde.

Geen lager onderwijs beëindigd

Lager onderwijs beëindigd in het jaar \_ \_ \_ \_

Lager middelbaar onderwijs beëindigd in het jaar \_ \_ \_ \_

Hoger middelbaar onderwijs beëindigd in het jaar \_ \_ \_ \_

Hoger niet-universitair of universitair onderwijs beëindigd in het jaar \_ \_ \_ \_

### 3. Beroepsloopbaan

< Indien u te weinig plaats heeft om te schrijven, voegt u een blad toe.

< Aard van het werk: omschrijf zeer nauwkeurig wat u werkelijk deed (bv: "besturen van een vrachtwagen van 20 ton" en dus niet "arbeider" of "bediende").

#### A. Uw huidige (of laatste) werkgever in België

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**B. Volledige beroepsloopbaan buiten België**→ Heeft u ook in andere landen dan België gewerkt ?  Ja  Nee

Periode van tewerkstelling		Naam en adres (+land) werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

**C. Werkgever(s) waarbij u uw beroepsziekte vermoedelijk heeft opgelopen**

Periode van tewerkstelling		Naam en adres werkgever	Aard van het werk
Begindatum	Einddatum		

**4. Uw ziekenfonds**< Bij voorkeur **kleefbriefje** plakken.

<input type="checkbox"/> 1. Christelijke Mutualiteiten	<input type="checkbox"/> 4. Liberale Mutualiteiten
<input type="checkbox"/> 2. Neutrale Ziekenfondsen	<input type="checkbox"/> 5. Onafhankelijk Ziekenfondsen
<input type="checkbox"/> 3. Socialistische Mutualiteiten	<input type="checkbox"/> 6. Hulpkas voor Ziekte - en Invaliditeitsverzekering
<input type="checkbox"/> Andere: .....	

**5. Sociale toestand**→ Krijgt u een Belgisch of buitenlands rust- of overlevingspensioen ?  Ja  Nee

&lt; Indien u een aanvraag heeft ingediend, mag u ook de toekomstige ingangsdatum en instelling invullen.

Zo ja, sedert wanneer ? \_\_ / \_\_ / \_\_

Van welke instelling ?  Federale Pensioendienst  Andere : .....→ Krijgt u een uitkering wegens beroepsziekte van een andere instelling dan Fedris ?  Ja  Nee

Zo ja, sedert wanneer ? \_\_ / \_\_ / \_\_

→ Krijgt u een uitkering wegens werkloosheid ?  Ja  Nee

Zo ja, sedert wanneer ? \_\_ / \_\_ / \_\_

Ik verzoek om schadeloosstelling wegens beroepsziekte en bevestig dat bovenstaande verklaring oprecht en volledig is ingevuld.

Datum: \_\_ / \_\_ / \_\_

Handtekening:

Stuur dit formulier samen met het medisch getuigschrift 503 N terug naar  
**Fedris - Sterrenkundelaan 1 - 1210 Brussel**