

Informations spécifiques relatives au COVID-19

Afin de nous aider à instruire le plus rapidement possible votre demande, nous vous demandons de suivre les instructions reprises ci-dessous :

Formulaire 501 (formulaire administratif à remplir par vous-même)	Formulaire 503 (formulaire médical à faire compléter par un médecin)
Outre vos données personnelles (nom, prénom, date de naissance, adresse, n° de téléphone et/ou de GSM et adresse mail) et vos formation , il est impératif de nous donner un maximum d'informations concernant votre occupation professionnelle.	le diagnostic clair (COVID-19) et l'évolution médicale de la maladie (rapports de médecins) ;
Remplissez les données de votre employeur et le service où vous travaillez. Vous devez aussi décrire la nature de l'activité professionnelle exercée dans les dernières semaines précédant le début des symptômes.	les résultats de laboratoire prouvant l'infection par le virus SRAS-CoV-2 (ces résultats sont absolument nécessaires pour traiter votre demande) ;
N'oubliez pas de joindre une vignette de mutuelle et de vérifier si l'une des situations sociales , décrites au cadre 5, vous concerne. Enfin, très important, datez et signez votre demande .	la durée de l'incapacité de travail prescrite par le médecin (si possible copie du certificat médical).
Ce formulaire doit être accompagné du formulaire 503 (attestation médicale)	Si la période d'incapacité de travail est prolongée, merci de nous faire parvenir une copie du certificat médical précisant la période et la raison de la prolongation.

B. Carrière professionnelle complète hors de Belgique→ Avez-vous travaillé dans des pays autres que la Belgique? Oui Non

Période d'occupation		Nom et adresse (+pays) de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

C. Employeur(s) chez qui vous avez probablement contracté votre maladie professionnelle

Période d'occupation		Nom et adresse de l'employeur	Nature du travail
Date de début	Date de fin		

4. Votre mutualité< Collez de préférence une **VIGNETTE**

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Mutualités Chrétiennes | <input type="checkbox"/> 4. Mutualités Libérales |
| <input type="checkbox"/> 2. Mutualités Neutres | <input type="checkbox"/> 5. Mutualités libres |
| <input type="checkbox"/> 3. Mutualités Socialistes | <input type="checkbox"/> 6. Caisse Auxiliaire d'Assurance Maladie-Invalidité |
| <input type="checkbox"/> Autre: | |

5. Situation sociale→ Percevez-vous une pension de retraite ou de survie belge ou étrangère? Oui Non

< Si vous avez introduit une demande, vous pouvez également remplir la date de prise de cours à venir et l'institution.

Si oui, depuis quand? __ / __ / __

De quelle institution? Service fédéral des Pensions Autre :→ Percevez-vous une indemnité pour maladie professionnelle d'une institution autre que Fedris? Oui Non

Si oui, depuis quand? __ / __ / __

→ Percevez-vous une indemnité de chômage ? Oui Non

Si oui, depuis quand? __ / __ / __

Je demande réparation pour maladie professionnelle et confirme que la déclaration ci-dessus est complète et véritable.

Date: __ / __ / __

Signature:

Renvoyez ce formulaire, avec l'attestation médicale 503 F à
Fedris – Avenue de l'Astronomie 1 – 1210 Bruxelles