



Föderalagentur für Berufsrisiken - Avenue de l'Astronomie 1 - 1210 BRÜSSEL

**ANTRAGSFORMULAR FÜR SCHADENERSATZ IM FALLE EINER BERUFSKRANKHEIT**  
Berufskrankheitengesetzgebung für Personalmitglieder der Provinz- und Kommunalbehörden

**Rubrik A FÄCHER VON DEM (DER) ANTRAGSTELLER(IN) AUSZUFÜLLEN**

**FACH 1 Identität (bitte in Blockschrift ausfüllen)**

Name *(für Frauen: der Mädchename)*

Vorname *(offizieller Vorname)*

Straße und Hausnummer

Nr.

Briefkasten

Gemeinde und Postleitzahl

*(für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen)*

Postleitzahl

Geburtsdatum *(Tag, Monat, Jahr)*

Geschlecht *(das entsprechende Fach ankreuzen)*

M

W

Sprache *(Deutsch - Niederländisch-  
Französisch)*

Telefonnummer *(zuhause)*

Kennnummer im Nationalregister *(siehe Rückseite Ihres Personalausweises)*

.

.

.

-

IBAN

B E

-

-

-

**FACH 2 Art des Antrags**

Unterzeichneter möchte bei Fedris einreichen: *(das entsprechende Fach ankreuzen)*

einen ersten Antrag / einen Antrag nach einer Ablehnungsentscheidung

- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie zum erstenmal einen Antrag beim Fedris einreichen lassen oder falls Ihr voriger Antrag für dieselbe Krankheit abgelehnt worden ist. Füllen Sie dann das Formular vollständig aus.
- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie schon eine Akte bei Fedris haben und eine Entschädigung beziehen, aber einen neuen Erstantrag für eine andere Krankheit einreichen möchten. Füllen Sie auch dann das Formular vollständig aus.

einen Antrag auf erneute Überprüfung einer bereits anerkannten Berufskrankheit

- kreuzen Sie dieses Fach an, falls Sie einen Antrag auf Neufestlegung der von Ihnen bereits bezogenen Entschädigung einreichen. Füllen Sie dann immer die Fächer 6 en 8 aus.

**FACH 3 Name und Anschrift Ihrer Krankenkasse oder Aufkleber**

*Kleben Sie hier einen Aufkleber Ihrer Krankenkasse, oder tragen Sie folgende Angaben ein:*

Name Ihrer Krankenkasse: .....

Die Krankenkassennummer: .....

Ihre Einschreibungsnummer: .....

FACH 4		<b>Berufliche Laufbahn</b>	
FACH 4.1		<b>Berufliche Laufbahn im Ausland</b>	
Einstellungsperiode		Name und Anschrift des Arbeitgebers. Erwähnen Sie Ihre selbständigen Tätigkeiten. Geben Sie auch das Land an.	Art der ausgeführten Arbeit
Anfangsdatum	Enddatum		

FACH 4.2		<b>Berufliche Laufbahn in Belgien</b>	
Einstellungsperiode		Name und Anschrift des Arbeitgebers im öffentlichen Sektor, des Arbeitgebers im Privatsektor. Erwähnen Sie Ihre selbständigen Tätigkeiten.	Art der ausgeführten Arbeit
Anfangsdatum	Enddatum		

FACH 5		<b>Berufsrisiko</b>	
Bei welchem(n) Arbeitgeber(n) und während welcher der unter 4.1 und/oder 4.2 angegebenen Periode(n) sollen Sie sich Ihre Berufskrankheit zugezogen haben? Geben Sie Ihren Beruf an, und beschreiben Sie genau Ihren Arbeitsplatz und Ihre Arbeitsbedingungen.			
Periode(n)	Arbeitgeber	Beschreiben Sie den Arbeitsplatz und die Arbeitsbedingungen; erwähnen Sie auch die Produkte, Apparate, Fahrzeuge usw., die Sie beruflich gebraucht haben.	
Vom __ / __ / ____	.....	.....	
Bis zum __ / __ / ____	.....	.....	
Vom __ / __ / ____	.....	.....	
Bis zum __ / __ / ____	.....	.....	
Vom __ / __ / ____	.....	.....	
Bis zum __ / __ / ____	.....	.....	

FACH 6		Soziallage	
6.1 Haben Sie Ihr Amt weiter ausgeübt nach dem Anfangsdatum Ihrer Arbeitsunfähigkeit/Invalidität?		(antworten Sie mit Ja oder Nein) .....	
6.2 Haben Sie, nach Niederlegung Ihres Amtes, ein Ruhegehalt vom öffentlichen Sektor bezogen?		(antworten Sie mit Ja oder Nein und füllen Sie ggf. das Anfangsdatum aus) ..... ab dem __ / __ / ____	
6.3 Haben Sie ein Ruhegehalt zu Lasten des öffentlichen Sektors beantragt?		(antworten Sie mit Ja oder Nein) .....  (wenn Ja, füllen Sie das vermutliche Anfangsdatum aus) ab dem __ / __ / ____	
6.4 Bekommen Sie eine der folgenden Leistungen:		(antworten Sie mit Ja oder Nein)	(füllen Sie die Periode oder das Anfangsdatum aus)
- Krankheit oder Invalidität (Krankenkasse oder andere Anstalten)		.....	Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ ..... Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ ..... Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____
- Berufskrankheit, die von einer anderen Anstalt als Fedris entschädigt wird		.....	ab dem __ / __ / ____
- Unterbrechung der beruflichen Laufbahn - vollständig - partiell		..... .....	ab dem __ / __ / ____ ab dem __ / __ / ____
- Verringerung der Arbeitsleistungen		.....	ab dem __ / __ / ____
- Erstattung wegen Teilzeitausscheiden		.....	ab dem __ / __ / ____
- Arbeitsunfall		.....	ab dem __ / __ / ____
- Arbeitslosigkeit		.....	ab dem __ / __ / ____
6.5 Sind Sie in Disponibilität gesetzt worden?		(antworten Sie mit Ja oder Nein) .....	(füllen Sie die Periode oder das Anfangsdatum aus) Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ ..... Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____ ..... Vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____
FACH 7		Auszufüllen falls Sie TEILZEITIG bei mehr als einem Arbeitgeber arbeiten	
Name und Anschrift der Arbeitgeber		1. .... ..... ..... ..... 2. .... ..... ..... .....	
Auskünfte über Arbeitgeber Nr. 1			
Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber?		__ / __ / ____	
Arbeitstage und Arbeitszeit bei diesem Arbeitgeber		..... ..... .....	
Beruf		.....	

## Auskünfte über Arbeitgeber Nr. 2

Seit wann arbeiten Sie teilzeitig bei diesem Arbeitgeber? \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

Arbeitstage und Arbeitszeit bei diesem Arbeitgeber

.....  
.....  
.....

Beruf

.....

### FACH 8

### Ausbildung

*Kreuzen Sie den höchsten Studiengang an, den Sie durchlaufen haben, und erwähnen Sie das Jahr, in dem Sie Ihr Diplom oder Zeugnis erhalten haben.*

- Volksschule beendet im Jahre \_\_\_\_\_
- Unterstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre \_\_\_\_\_
- Oberstufe des Sekundarunterrichts beendet im Jahre \_\_\_\_\_
- Hochschulunterricht (technischer, nichtuniversitärer oder Universitätsunterricht) beendet im Jahre \_\_\_\_\_

#### Weitere Ausbildung

- Abendkurse, beendet im Jahre \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche Richtung? .....
- Andere Ausbildung, beendet im Jahre \_\_\_\_\_  
Wenn ja, welche? .....

### FACH 9

### Erklärung des Antragstellers

Ich Unterzeichneter beantrage Schadenersatz aufgrund einer Berufskrankheit.

Ich bestätige auf Ehre, daß diese Erklärung richtig und vollständig ist.

Ich füge diesem Antrag ein vom Arzt ausgefülltes Formular 603D bei.

Aufgestellt in .....

\_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

(Datum)

.....

(Unterschrift)

*Das Gesetz vom 8. Dezember 1992 über den Personendatenschutz ist anwendbar auf die Bearbeitung der anhand der beigefügten Formulare eingeholten Daten. Diese Daten werden aufgrund der Gesetzgebung über Berufskrankheiten eingeholt. Sie werden von Fedris, Sterrenkundelaan 1, 1210 Brüssel unter seiner Verantwortung für die Anwendung der Sozialgesetzgebung, insbesondere für Schadenersatzzwecke bei Berufskrankheiten, bearbeitet. Wenn Sie wissen möchten, welche Daten über Sie gespeichert worden sind, oder wenn Sie diese Daten verbessern möchten, können Sie sich schriftlich an die Datenerfassungsstelle von Fedris wenden.*

<b>Rubrik B</b>	<b>FÄCHER VON DER BEHÖRDE AUSZUFÜLLEN</b>
-----------------	---

<b>FACH 1</b>	<b>Identität des Antragstellers/der Antragstellerin (bitte in Blockschrift ausfüllen)</b>		
Name <i>(für Frauen: der Mädchenname)</i>			
Vorname <i>(offizieller Vorname)</i>			
Straße und Hausnummer			
		Nr.	Briefkasten
Gemeinde und Postleitzahl <i>(für Brüssel die Teilgemeinde erwähnen)</i>			
			Postleitzahl
Geburtsdatum <i>(Tag, Monat, Jahr)</i>			

<b>FACH 2</b>	<b>Benennung der Behörde (bitte in Blockschrift ausfüllen)</b>		
Richtiger Name:	..... .....		
Anschrift:	..... .....		
Zuständige Behörde:	.....		
Sachbearbeiter:	.....		
.....	/ .....		

<b>FACH 3</b>	<b>Angaben über das Statut</b>		
Welchem Sozialversicherungssystem hat sich die Behörde angeschlossen?			
Mitgliedsnummer der Behörde bei dem obenerwähnten Sozialversicherungssystem			
Beziehung Personalmitglied/Behörde <sup>1</sup>			
Werden für dieses Personalmitglied Sozialabgaben gezahlt?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> .....		
Wenn ja, bei welchem Sozialversicherungssystem?			
Gehört das Personalmitglied zur Lehrerschaft?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> .....		
Wenn ja:			
1. Bezieht der Betreffende eine Gehaltszulage vom Staat?	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> .....		
2. Ist der Betreffende in einer Bildungsanstalt tätig, die den Bestimmungen des Gesetzes vom 29.Mai 1959 unterliegt? <sup>2</sup>	<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i> .....		

<sup>1</sup> **Bitte angeben** : Festernannt, Arbeitsvertrag für Arbeiter, Angestellte, Jobstudenten, usw...  
**Falls Spezialstatut, bitte erläutern** : Praktikant RVA (Nationalamt für Arbeitsbeschaffung), beschäftigte Arbeitslose, Beschäftigte im besonderen zeitlich befristeten Rahmen (BTK/CTS), subventionierte Konventionalbeschäftigte, Beschäftigte im dritten Arbeitskreis (DAC/TCT), Beschäftigte interdepartementaler Haushaltsfonds, usw ...

<sup>2</sup> Es geht hier um das Gesetz vom 29.Mai 1959 zur Änderung einiger Bestimmungen der Unterrichtsgesetzgebung.

<b>FACH 4</b>		<b>Angaben über die Beschäftigung des Personalmitglieds</b>	
<b>FACH 4.1</b>		<b>Beschäftigungszeitraum bzw. -zeiträume</b>	
Datum Dienstantritt	Datum Dienstaustritt	Gründe für Dienstaustritt	Beschreibung der Berufstätigkeit
<b>FACH 4.2</b>		<b>Zeitraum/Zeiträume mit Arbeitsunterbrechung</b>	
Anfangsdatum	Enddatum	Grund	
<b>FACH 4.3</b>		<b>Arbeitsleistungen</b>	
Wieviele Arbeitstage und -stunden umfaßt eine vollzeitige Arbeitsleistung?			
- Zahl der Arbeitstage pro Woche		.....	
- Zahl der Arbeitsstunden pro Woche		.....	
Hat das Personalmitglied immer vollzeitig gearbeitet?		<i>(antworten Sie mit Ja oder Nein)</i>	
		.....	
Wenn nein,			
- in welchen Zeiträumen war das Personalmitglied teilzeitig arbeitstätig?		1) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
		2) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
		3) vom __ / __ / ____ bis zum __ / __ / ____	
- wieviele Arbeitsstunden pro Woche hat das Personalmitglied in diesen Perioden geleistet?		1) .....	
		2) .....	
		3) .....	
<b>FACH 5</b>		<b>Mögliche Bemerkungen der Behörde</b>	
.....			
.....			
.....			
<b>FACH 6</b>		<b>Erklärung der Behörde</b>	
Ich Unterzeichnete(r) handelend im Namen der Behörde wobei der Antragsteller/die Antragstellerin beschäftigt ist/war, erkläre hiermit am __ / __ / ____ der Antrag auf Entschädigung im Falle einer Berufskrankheit von dem Antragsteller/der Antragstellerin, entsprechend den Bestimmungen des Artikels 10 Absatz 1 des K.E. vom 21 Januar 1993, empfangen zu haben.			

Stempel der Behörde

Für wahrheitsgemäß und richtig erklärt

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

Unterschrift (Name und Amt)