



Aansluitingsnummer:
INSZ:

INLICHTINGSBLAD UITKERINGEN
Deel Lid

1. Persoonlijke gegevens

1.1. TELEFOONNUMMER * :

.....

1.2. E-MAILADRES * :

1.3. Mijn uitkeringen moeten worden betaald op de rekening van een derde
(OCMW, schuldbemiddelaar, voorlopig bewindvoerder)

JA / NEEN

Indien NEEN,

De betaling van de uitkeringen moet op het volgende rekeningnummer worden gestort:

BE ____ _

Rekeninghouder (voor- en achternaam):

.....

Adres: N°:

Bus:

Postcode: Plaats:

Indien JA,

De betaling van de uitkeringen moet op een rekening van een derde worden gestort:

BE ____ _

Rekeninghouder (voor- en achternaam van de derde of organisatie):

.....

* Door ons deze gegevens mee te delen, kunnen onze diensten u gemakkelijker contacteren teneinde uw dossier aangaande uw arbeidsongeschiktheid vlotter te behandelen.

2. Risico: arbeidsongeschiktheid, moederschapsrust, werkverwijdering, vaderschaps- of geboorteverlof, adoptieverlof of pleegouderverlof

2.1. Sinds wanneer is het risico aangevangen? / /

2.2. Welk risico is van toepassing? :

<input type="radio"/>	een beroepsziekte?	<input type="radio"/>	een ziekte?
<input type="radio"/>	een arbeidsongeval?	<input type="radio"/>	een ander ongeval?
<input type="radio"/>	een moederschapsrust? voorzien bevallingsdatum:	<input type="radio"/>	een vaderschaps- of geboorteverlof?
	Belangrijk: bedankt om een medisch getuigschrift met de voorziene bevallingsdatum bij te voegen.		
<input type="radio"/>	een adoptieverlof?	<input type="radio"/>	een gehele of gedeeltelijke werkverwijdering wegens zwangerschap of borstvoeding?
<input type="radio"/>	een pleegouderverlof?		

2.3. Verbleef u in het buitenland bij de aanvang van het risico? **JA / NEEN**

Indien **JA**, in welk land verbleef u?

Begindatum: / /

Einddatum: / /

2.4. Is het risico nog altijd aanwezig? **JA / NEEN**

Indien **NEEN**, ik verklaar het werk/de werkloosheid hervat te hebben op / /

3. Situatie voorafgaand aan het risico

3.1. Bent u nog steeds verbonden door een arbeidsovereenkomst? **JA / NEEN**

Indien **JA**, bent u tewerkgesteld bij meerdere werkgevers? **JA / NEEN**

Indien **NEEN**, sinds wanneer is de arbeidsovereenkomst verbroken?* / /

bent u gecontroleerd werkloze?

JA / NEEN

3.2. Vul aan met de naam en het adres van alle werkgevers die u gehad hebt tijdens de periode van 30 dagen voorafgaand aan het risico :

	Naam & adres werkgever	Flexijob of gelegenhedswerk-nemer in de horeca?
1.		JA / NEEN
2.		JA / NEEN
3.		JA / NEEN

3.3. Bent u, of was u ergens tijdens de periode van 12 maanden voorafgaand aan het risico tewerkgesteld als vastbenoemd ambtenaar? **JA / NEEN**

Indien **JA**, nam u vrijwillig ontslag of nam u verlof zonder wedde om persoonlijke redenen op EN verwierf u binnen de 30 dagen na dit ontslag of het begin van dit verlof zonder wedde om persoonlijke redenen de hoedanigheid van werknemer of gecontroleerd werkloze ?

JA / NEEN

INSZ: 2

* Bedankt om een kopie van de C4 bij te voegen.

4. Uitoefening activiteit tijdens het risico

Opgelet! U moet de volgende vraag enkel beantwoorden in geval van het risico arbeidsongeschiktheid, moederschapsrust of werkverwijdering.

4.1. Hebt u alle activiteiten op de 1^{ste} dag van uw arbeidsongeschiktheid stopgezet? **JA / NEEN**
Indien **NEEN**, deze activiteit wordt geoefend

Voor eigen rekening (zelfstandig)? **JA / NEEN**

In het kader van een arbeidsovereenkomst? **JA / NEEN**

In het kader van een politiek mandaat? **JA / NEEN**

4.2. Heeft u tijdens uw arbeidsongeschiktheid een deeltijdse activiteit hervat of bent u dat van plan ? **JA / NEEN**

Opgelet! Weet dat u, mits toelating van de adviserend arts, uw activiteit(en) gedeeltelijk kan hervatten tijdens uw arbeidsongeschiktheid. Vergeet echter niet om deze toelating aan te vragen minstens één werkdag voorafgaand aan de gedeeltelijke hervatting.

5. Voordelen, renten & pensioenen

Ontvangt u een andere bron van inkomsten (uitkeringen, renten, pensioenen...) **JA / NEEN**
Indien **JA**, gaat dit over:

A	Een Belgisch en/of buitenlands rust-, ouderdoms-, anciënniteits-pensioen *		JA / NEEN
B	Een Belgische en/of buitenlandse rente, toelage of vergoeding wegens arbeidsongeval en/of beroepsziekte	Graad %	JA / NEEN
C	Een tegemoetkoming mindervaliden Integratietegemoetkoming Inkomensvervangende tegemoetkoming	Graad %	JA / NEEN
D	Een Belgisch en/of buitenlands overlevingspensioen		JA / NEEN
E	Een overgangsuitkering		JA / NEEN
F	Een vergoeding van het Fonds tot vergoeding van de in geval van Sluiting van Ondernemingen ontslagen werknemers (FSO) **		JA / NEEN
G	Een ander(e) Belgisch(e) en/of buitenlands(e) voordeel dan hiervoor vermeld (bv. invaliditeitsuitkering, pensioen, rente omgezet in kapitaal, ...		JA / NEEN

Indien **B** of **G**, voor welke pathologie ?.....

INSZ:

* Het overlevingspensioen wordt hier niet bedoeld. Wij vestigen er uw aandacht op dat de pensioenwetgeving de cumulatie verbiedt van rustpensioenen met de ZIV-uitkeringen.

** Duidt deze optie ook aan indien u de vergoeding nog niet ontvangt, maar wel al een aanvraag bij het FSO ingediend hebt

Indien opties **A.**, **B.** en/of **G.**, vul verder aan, voor elk voordeel dat u ontvangt:

Voordeel	Voorbeeld	1	2
Type (omcirkel)	A. / B. / G.	A. / B. / G.	A. / B. / G.
Belgische of buitenlandse uitbetalingsinstelling	FEDRIS		
Welk is de graad van ongeschiktheid? (%) *	10%		
Sinds wanneer ontvangt u het voordeel?	01/05/2017		
Welk is het brutobedrag?	€ 7,00		
	<input checked="" type="radio"/> per dag <input type="radio"/> per week <input type="radio"/> per maand <input type="radio"/> per kwartaal <input type="radio"/> per jaar	<input type="radio"/> per dag <input type="radio"/> per week <input type="radio"/> per maand <input type="radio"/> per kwartaal <input type="radio"/> per jaar	<input type="radio"/> per dag <input type="radio"/> per week <input type="radio"/> per maand <input type="radio"/> per kwartaal <input type="radio"/> per jaar
Indien B. / G.: Werd de rente geheel of gedeeltelijk omgezet in kapitaal ?	JA / NEE	JA / NEE	JA / NEE

Ik verbind mij ertoe elke wijziging die zich tijdens het risico voordoet onmiddellijk te melden, met name inzake het recht op een rust-, ouderdoms- of anciënniteitspensioen, prestaties inzake arbeidsongevallen, beroepsziekte of afkomstig van derden, beroepsinkomsten, uitkeringen, uitkeringen voor mindervaliden of van enige andere oorsprong. Ik verbind mij er ook toe mijn ziekenfonds te melden dat ik een verbrekingsvergoeding ontvang indien mijn arbeidsovereenkomst tijdens het risico wordt verbroken. Ik weet dat valse of onvolledige verklaringen aanleiding geven tot sancties en gerechtelijke vervolging.

Ik bevestig op eer dat deze aangifte oprecht en volledig is.

Gedaan te

Op ____ / ____ / 20____

Handtekening :

Uw ziekenfonds vraagt deze gegevens voor de toepassing van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994.

U heeft het recht op inzage en verbetering van uw persoonsgegevens (in toepassing van de regelgeving inzake de verwerking van de persoonsgegevens). U kan meer informatie over de verwerking van de gegevens verkrijgen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

INSZ: 4

Solidaris Brabant verwerkt jouw persoonsgegevens volgens de wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens (kaderwet) en de verordening 2016/679 van 27 april 2016 over de persoonsgegevensbescherming. Dat geeft je het recht om je gegevens in te kijken, aan te vullen, om je tegen de verwerking van je gegevens te verzetten en om te vragen je gegevens te verbeteren, te beperken of te schrappen. Indien je meer informatie wenst over de verwerking van jouw gegevens, vindt je het Handvest over de persoonsgegevensbescherming via volgende link: <https://www.solidaris-brabant.be/nl/gebruiksvoorwaarden>

* Uitgezonderd buitenlandse pensioenen en enkel ingeval van een rente