

ÜBERSEEISCHE KONTAKT

Stijn Blommaert (NI) Amélie Elie (Fr)
02 509 33 60 02 509 38 22
Timo Blyvaert (NI) Pascale Domken (Fr)
02 509 35 17 02 509 20 84
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszslss.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onsrszslss.fgov.be

ANSCHRIFT

AD VII - Abteilung Zahlungen und Leistungen
Victor Horta Square 11
1060 Brüssel

ANTRAG AUF INTERVENTION DER KRANKEN- UND INVALIDITÄTSVERSICHERUNG / MODELL 2 ARBEITGEBER

Name:	Vorname:	Familienstand:	Geburtsdatum: ____/____/____
Staatsangehörigkeit:		Eintragungsnummer: ____/____	
Wohnort - Straße:			Hausnr.:
Postleitzahl: Ort: Land:			

HINWEIS FÜR DEN ARBEITGEBER

Ihr oben genannter Arbeitnehmer, der beim Dienst eingetragen ist, hat einen Antrag auf Leistungen der Kranken- und Invaliditätsversicherung gestellt.

Bitte füllen Sie dieses Formular vollständig aus und senden Sie es schnellstmöglich an die oben genannte Adresse zurück, damit der Dienst darauf reagieren kann.

Ihre Daten werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz (Gesetz vom 30.07.2018) behandelt. Sie haben Anspruch auf Einsichtnahme und können auf Wunsch Änderungen vornehmen. Ihre Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet.

Name und Anschrift des Arbeitgebers:

Ansprechpartner:

Tel. : E-Mail :

Grund für die Beendigung der Berufstätigkeit:

- Krankheit
- Schwangerschaft
- Arbeitsunfall Unfall
- Unfall Privatleben

Datum des Beginns der Arbeitsunfähigkeit: ____/____/____

Datum, an dem die Vergütungszahlungen (bzw. das garantierte Gehalt) endeten: ____/____/____ (einschließlich)

Möchten Sie die Beiträge für den bestehenden ÜSS-Vertrag „Medizinische Versorgung“ weiter zahlen?

Ja Nein Nicht anwendbar

Haben Sie neben der ÜSS-Versicherung eine **andere** Krankenversicherung?

Ja, Adresse und Name der Versicherung:
Nein

ÜBERSEEISCHE KONTAKT

Stijn Blommaert (NI) Amélie Elie (Fr)
02 509 33 60 02 509 38 22
Timo Blyeaert (NI) Pascale Domken (Fr)
02 509 35 17 02 509 20 84
periodiekeuitkeringen-osz@onssrszls.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ANSCHRIFT

AD VII - Abteilung Zahlungen und Leistungen
Victor Horta Square 11
1060 Brüssel

Gibt es während des Zeitraums der Arbeitsunfähigkeit:

- gibt es einen Zeitraum, für den Schadensersatz wegen Vertragsverletzung geleistet wird (Bitte geben Sie die richtige Antwort an):
nicht zutreffend

ja, von ____/____/____ bis ____/____/____

- einen Zeitraum, für den bezahlter Urlaub gewährt wurde (bitte die richtige Antwort angeben):
nicht zutreffend

ja, von ____/____/____ bis ____/____/____

Datum, an dem die Teilnahme dieser Person an der Versicherung endet (Bitte geben Sie die richtige Antwort an):
nicht zutreffend

ja ab ____/____/____

Hinweis: Die Beiträge sind bis einschließlich des Monats zu zahlen, in dem die Arbeitsunfähigkeit eintritt oder sich der Unfall ereignet. Bei Zahlung eines garantierten Gehalts ist der Beitrag bis einschließlich des Monats fällig, in dem das Enddatum des garantierten Gehalts liegt.

Erstellt in am ____/____/____

Unterschrift*

(*) Sowohl elektronische als auch handschriftliche Unterschrift zulässig

Ihre Daten werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz (Gesetz vom 30.07.2018) behandelt. Sie haben Anspruch auf Einsichtnahme und können auf Wunsch Änderungen vornehmen. Ihre Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet.