

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@onsrszls.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onsrszls.fgov.be

ANSCHRIFT

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

Dieser Antrag muss vom Versicherten ausgefüllt werden.

Vollständig ausgefülltes, datiertes und unterzeichnetes Formular an die Dienststelle zurücksenden.

ANTRAG AUF INTERVENTION DER KRANKEN- UND INVALIDENVERSICHERUNG /MODELL 1

A. IDENTIFIZIERUNG:

1. Antragsteller (Versicherter):

Name: Vorname:

Geburtsort und -datum: - ____/____/____

Staatsangehörigkeit:

Nationalregisternummer: Eintragsnummer:/.....

Beruf: Familienstand:

Wohnort - Straße: Hausnr.:

Postleitzahl: Ort: Land:

Telefonnr.: E-Mail:

Art der Invalidität (ankreuzen): Krankheitsbeginn am: ____/____/____

Datum des Unfalls am: ____/____/____

Die Geburt wird erwartet/ist erfolgt am: ____/____/____

Datum, an dem die Arbeit eingestellt wurde: ____/____/____

Handelt es sich bei der Krankheit um einen Rückfall? Ja Nein (Bitte geben Sie die richtige Antwort an)

2. Ehepartner/in/in einer Lebensgemeinschaft lebend mit:

Name: Vorname:

Geburtsdatum: ____/____/____ Staatsangehörigkeit:

Heiratsdatum: ____/____/____ Beruf:

3. Schulbescheinigung für unterhaltsberechtigte Kinder bis 25 Jahre:

	Name	Vorname	Geburtsdatum
1			____/____/____
2			____/____/____
3			____/____/____
4			____/____/____

B. DEM ANTRAG BEIZUFÜGENDE UNTERLAGEN:

Erklärung der Krankenkasse, bei der der Versicherte vor seiner Abreise ins Ausland (außerhalb der EU) Mitglied war, wenn seine Mitgliedschaft in der Versicherung nicht länger als 6 Monate dauert.

Auszug aus der Geburtsurkunde des Kindes bei Beantragung einer Leistung während des Mutterschaftsurlaubs.

Schulbescheinigung für unterhaltsberechtigte Kinder zwischen 18 und 25 Jahren.

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@onsrszls.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onsrszls.fgov.be

ANSCHRIFT

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

C. VORTEILE, DIE DER ANTRAGSTELLER GENIESST:

Angabe der vom Antragsteller zu erklärenden Leistungen	Betrag	Zeitraum	Zahlende Leistungsstelle (korrekte Bezeichnung und Adresse, Nachweis beifügen)
1. Urlaubsgeld:			
2. Vergütungen bei Vertragsbruch oder vorzeitiger Kündigung:			
3. Altersrenten und -zulagen:			
4. Erholung von Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten:			
5. Leistungen, Entschädigungen oder Zulagen, die aufgrund von Rechtsvorschriften über Krankheit, Behinderung oder Arbeitslosigkeit gezahlt werden:			
6. Erhalten Sie Leistungen des ÖSHZ oder des FÖD Soziale Sicherheit/DG Personen mit Behinderung?	Ja	Nein	

D. MEDIZINISCHE VERSORGUNG:

1. Sind Sie bei einem anderen Versicherer (Krankenkasse oder Privatversicherung) als der ÜSS versichert?

Ja, Adresse und Name der Versicherung:

Nein

2. Nehmen Sie die erhöhte Beihilfe in Anspruch? (Senioren- und Pflegeheim)

Ja Nein

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

Ja Nein

E. VERPFLICHTUNGEN DES ANTRAGSTELLERS:

Der Antragsteller verpflichtet sich, den Dienst unverzüglich über jede Änderung zu informieren:

- a) in Bezug auf die Zusammensetzung seiner Familie oder die Belastungen, die sich daraus ergeben;
- b) in Bezug auf Einzelheiten der oben unter C aufgeführten Leistungen;
- c) in Bezug auf die Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit oder der Registrierung als Arbeitssuchender.

F. ANGABE DES FINANZKONTOS, AUF DAS DIE BEIHILFEN EINGEZAHLT WERDEN KÖNNEN:

Finanzinstitut:

IBAN BE _____ BIC _____

Der/die Unterzeichnete ermächtigt den Dienst, seinem/ihrer Arbeitgeber auf Wunsch die Höhe des gezahlten Krankengeldes mitzuteilen (bitte die richtige Antwort ankreuzen): Ja Nein

Ich bestätige, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist. Mir ist bekannt, dass falsche/unvollständige Angaben Strafmaßnahmen (KB vom 31. Mai 1933) und/oder Rückforderungen (Gesetz vom 17. Juli 1963) nach sich ziehen können.

Erstellt in am ____/____/____

Unterschrift*

(*) Sowohl elektronische als auch handschriftliche Unterschrift zulässig.

¹ 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.