

**OVERSEAS CONTACT**

Stijn Blommaert  
02 509 33 60  
[periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be](mailto:periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be)

**ADRES**

Victor Hortaplein 11  
1060 Brussel

## AANVRAAG TUSSENKOMST VAN DE ZIEKENGELD- EN INVALIDITEITSVERZEKERING / MODEL 2 WERKGEVER

|                               |                             |             |  |
|-------------------------------|-----------------------------|-------------|--|
| Naam:                         | Voornaam:                   | Burg.staat: | Geboorteplaats en -datum:<br>____/____/_____ |
| Nationaliteit:                | Aansluitingsnr: _____/_____ |             |  |
| Verblijfplaats -Straat: ..... |                             |             | Nr.: .....                                   |
| Postcode: .....               |                             | Stad: ..... | Land: .....                                  |

**NOTA VOOR DE WERKGEVER**

Uw bovengenoemde werknemer, aangesloten bij de Dienst, heeft een aanvraag ingediend om tussenkomst van de ziekte- en invaliditeitsverzekering.

Om de Dienst toe te laten er gevolg aan te geven, wordt U verzocht dit formulier volledig in te vullen en het zo spoedig mogelijk terug te zenden naar bovenstaand adres.

De gegevens worden volgens de geldende wet op de privacy behandeld (wet van 8 december 1992). U kunt hiervan inzage vragen en ze desgewenst wijzigen. Ze worden uitsluitend gebruikt voor de afhandeling van deze aanvraag.

Benaming en adres werkgever: .....

Contactpersoon: .....

Tel.: ..... E-mail: .....

Reden van stopzetting van de beroepsactiviteit:      ziekte (\*)  
    zwangerschap (\*)  
    arbeidsongeval (\*)  
    ongeval, ander dan arbeidsongeval (\*)

Aanvangsdatum arbeidsongeschiktheid: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Datum waarop bezoldiging (ev. gewaarborgd loon) een einde nam: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ (inbegrepen)

Periode gedekt door een vergoeding voor contractbreuk of betaald verlof: van \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Datum waarop de deelneming van betrokkene aan de verzekering ophoudt: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Wenst u de bijdragen verder te betalen voor het bestaande OSZ-contract "Geneeskundige Verzorging"?    Ja    Nee

Heeft u een andere ziektekostenverzekering dan de OSZ-verzekering?

Ja, adres en naam van de verzekering: .....

Nee

**Opmerking: De bijdragen dienen betaald te worden tot en met de maand waarin de ongeschiktheid zich manifesteert of het ongeval zich voordoet. Bij betaling van een gewaarborgd loon, is de bijdrage verschuldigd tot en met de maand waarin de einddatum van het gewaarborgd loon gelegen is.**

Opgemaakt te ..... op \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Handtekening\*

(\* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)

Uw gegevens worden volgens de geldende wet op de privacy behandeld (wet van 8 december 1992). U kunt hiervan inzage vragen en ze desgewenst wijzigen. Ze worden uitsluitend gebruikt voor de behandeling van uw aanvraag.