# Aanvraag terugbetaling

# AANVULLENDE UITKERINGEN WEGENS ZIEKTE

Aanvraagtermijn: de aanvraag wordt bij het SFTL ingediend binnen de drie jaar, te rekenen vanaf

**het einde van de ziekteperiode die recht geeft op de uitkering.**

## VAK IN TE VULLEN DOOR DE WERKNEMER

|  |  |
| --- | --- |
| De arbeider:(naam, voornaam) Straat en nr.Postcode en gemeenteRijksregisternummerTelefoonnummer :E-mail :in ononderbroken ziekteverlof was van (dd/mm/jjjj): |      -  -  1ste dag  /  /  Laatste dag  /  / Per ziekte: max 6 schijven van 60 kalenderdagen (=max. 360 dagen)Met mogelijkheid om per schijf of meerdere schijven samen aan te vragen |
| De tussenkomst mag gestort worden op volgende rekening van de werknemer: | IBAN BE **-  -  -** BIC  |



|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (dd/mm/jjjj) Handtekening werknemer: |

Schrijf hieronder “Voor echt en waar verklaard”:

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

## VAK VOORBEHOUDEN VOOR HET SFTL

|  |  |
| --- | --- |
| Intern  | Goedkeuring SFTLInitialen : ………………….Datum :……./……./………Handtekening: |

Rijksregisternummer, naam + voornaam arbeider: 

## VAK IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

|  |  |
| --- | --- |
| Onderneming: |  |
| RSZ-nummer (verplicht): | 083 -  -  |
| Telefoonnummer: |  E-mail:  |
| Verklaart dat de arbeider:(naam, voornaam) Rijksregisternummer: in ononderbroken ziekteverlof was van (dd/mm/jjjj):Datum uit dienst:(indien van toepassing) |   -  - 1ste dag  /  /  Laatste dag  /  /  /  /  Werk hervat op :  /  /   (indien van toepassing) |



**Stempel onderneming**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | . . / . . / . . . . (dd/mm/jjjj) |

Schrijf hieronder “Voor echt en waar verklaard”:

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

Handtekening werkgever:

## VAK IN TE VULLEN EN TE ONDERTEKENEN DOOR HET ZIEKENFONDS

|  |  |
| --- | --- |
| Ondergetekende naam:   | . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .  |

Verklaart dat bovenvermelde arbeider de primaire arbeidsongeschiktheidsuitkering van de ZIV ontvangen heeft van . . / . . / . . . . tot . . / . . / . . . . wegens ziekte.

Arbeidsongeschiktheid door beroepsziekte : ja of neen (doorstrepen wat niet past)

**Stempel ziekenfonds:**

Datum: . . / . . / . . . . (dd/mm/jjjj)

Handtekening ziekenfonds: