



Om in aanmerking te komen voor een terugbetaling dient u dit document ingevuld aan uw ziekenfonds te bezorgen.

Al onze adressen zijn terug te vinden op www.LM.be of via:



Inlichtingsblad uitkeringen - luik gerechtigde

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS

- 1.1 Naam en voornaam: _____
- 1.2 Adres _____

- 1.3 Land: _____
- 1.4 Rijksregisternummer: _____
OF
- 1.5 Kleefbriefje
- 1.6 Telefoonnummer: _____
- 1.7 E-mail adres _____
- 1.8 Aanvangsdatum risico: _____
- 1.9 Type risico:
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> een beroepsziekte | <input type="checkbox"/> een andere ziekte |
| <input type="checkbox"/> een arbeidsongeval | <input type="checkbox"/> een ander ongeval |
| <input type="checkbox"/> een moederschapsrust | <input type="checkbox"/> een vaderschaps- of geboorteverlof |
| <input type="checkbox"/> een adoptieverlof | <input type="checkbox"/> een gehele of gedeeltelijke werkverwijdering wegens zwangerschap of |
| <input type="checkbox"/> een pleegouderverlof | borstvoeding |

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

- 2.1 Sinds wanneer is het risico aangevangen ? (DD/MM/JJJJ)
- 2.2 Welk risico is van toepassing ?
- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> een beroepsziekte | <input type="checkbox"/> een andere ziekte |
| <input type="checkbox"/> een arbeidsongeval | <input type="checkbox"/> een ander ongeval |
| <input type="checkbox"/> een moederschapsrust | <input type="checkbox"/> een vaderschaps- of geboorteverlof |
| <input type="checkbox"/> een adoptieverlof | <input type="checkbox"/> een gehele of gedeeltelijke werkverwijdering wegens zwangerschap of |
| <input type="checkbox"/> een pleegouderverlof | borstvoeding |
- 2.3 Verbleef u in het buitenland bij de aanvang van het risico? JA / NEE
- Indien JA, in welk land verbleef u? _____
- Begindatum: _____ Einddatum: _____
- 2.4 Is het risico nog steeds aanwezig? JA / NEE
- Indien NEE,
Ik verklaar het werk / de werkloosheid hervat te hebben op _____

BUIIF001

3. SITUATIE VOORAFGAAND AAN HET RISICO

3.1 Bent u nog steeds verbonden door een arbeidsovereenkomst? JA / NEE

Indien JA, bent u tewerkgesteld bij meerdere werkgevers? JA / NEE

Indien NEE,

• sinds wanneer is de arbeidsovereenkomst verbroken?

• bent u gecontroleerd werkloze?

JA / NEE

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

| <i>Naam & adres werkgever of werkloosheidsinstelling</i> | <i>Flexijob of gelegenheids-werknemer in de horeca?</i> |
|--|--|
| 1. _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE |
| 2. _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE |
| 3. _____ _____ _____ | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE |

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

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 / NEE

4. UITOEFENING ACTIVITEIT TIJDENS HET RISICO

4.1 *Enkel te beantwoorden in geval van het risico arbeidsongeschiktheid, moederschapsrust of werkverwijdering:*

Hebt u **ALLE** activiteiten (bijv. zelfstandig bijberoep, politiek mandaat, ...) sinds de aanvang van het risico **VOLLEDIG** stopgezet ?

JA / NEE

Indien NEE, **neem zo snel mogelijk contact op met uw ziekenfonds!**

4.2 *Enkel te beantwoorden in geval van het risico arbeidsongeschiktheid:*

Oefent u nog een activiteit uit tijdens uw arbeidsongeschiktheid, of heeft u na de aanvang van uw arbeidsongeschiktheid een activiteit hervat?

JA / NEE

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, RENTES & PENSIOEN

Ontvangt u:

A een Belgisch en/of buitenlands rust-, ouderdoms- of anciënniteitspensioen? JA / NEE

B een Belgische en/of buitenlandse rente, toelage of vergoeding wegens arbeidsongeval en/of beroepsziekte? JA / NEE

Indien JA, gelieve het consolidatieverslag over te maken.

C een tegemoetkoming mindervaliden: JA / NEE

- integratietegemoetkoming? JA / NEE

Indien JA, gelieve hiervan een attest te bezorgen.

- inkomensvervangende tegemoetkoming? JA / NEE

Indien JA, gelieve hiervan een attest te bezorgen.

D een Belgisch en/of buitenlands overlevingspensioen? JA / NEE

E een overgangsuitkering? JA / NEE

F een vergoeding van het Fonds tot vergoeding van de in geval van Sluiting van Ondernemingen ontslagen werknemers (FSO)¹? JA / NEE

G een ander(e) Belgisch(e) en/of buitenlands(e) voordeel dan hier vermeld (bijv. invaliditeitsuitkering, pensioen, rente omgezet in kapitaal, ...)? JA / NEE

¹ Duid 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 | 3 |
|---|--|--|--|--|
| Type (omcirkel) | <i>A / B / G</i> | A / B / G | A / B / G | A / B / G |
| Belgische of buitenlandse uitbetalingsinstelling | <i>FEDRIS</i> | | | |
| Welk is de graad van arbeidsongeschiktheid? ² | <i>10%</i> | | | |
| Sinds wanneer ontvangt u het voordeel? | <i>01/05/2022</i> | | | |
| Welk is het brutobedrag? | <i>7,00 euro</i> | | | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> <i>per dag</i> | <input type="checkbox"/> per dag | <input type="checkbox"/> per dag | <input type="checkbox"/> per dag |
| | <input type="checkbox"/> <i>per week</i> | <input type="checkbox"/> per week | <input type="checkbox"/> per week | <input type="checkbox"/> per week |
| | <input type="checkbox"/> <i>per maand</i> | <input type="checkbox"/> per maand | <input type="checkbox"/> per maand | <input type="checkbox"/> per maand |
| | <input type="checkbox"/> <i>per kwartaal</i> | <input type="checkbox"/> per kwartaal | <input type="checkbox"/> per kwartaal | <input type="checkbox"/> per kwartaal |
| | <input type="checkbox"/> <i>per jaar</i> | <input type="checkbox"/> per jaar | <input type="checkbox"/> per jaar | <input type="checkbox"/> per jaar |
| Indien B of G: Werd de rente geheel of gedeeltelijk omgezet in kapitaal? | <i>JA / NEE</i> | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE | <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEE |

² Uitgezonderd buitenlandse pensioenen EN enkel in geval van een rente

6 FINANCIËLE INFO

Ik heb kennis genomen dat de betaling van de uitkeringen uitgevoerd wordt via de financiële instelling van het ziekenfonds. Hieronder vermeld ik het te gebruiken bankrekeningnummer voor de betaling van mijn arbeidsongeschiktheidsuitkeringen:

BE _____

Deze rekening is geopend op:

mijn naam

naam van (naam en voornaam): _____

Adres: _____

Deze betalingsopdracht is geldig tot nader order mijnerzijds.

Opgelet! Als dit vak niet wordt ingevuld, worden de betalingen verricht op het rekeningnummer waarover wij beschikken in onze bestanden.

7 VERKLARING OP EER

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.

Opgemaakt te: _____

Op

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 Gegevensbeschermings-autoriteit.