

## Antrag KRANKHEITSZULAGEN für eine Krankheit

**Antragsfrist: der Antrag wird beim SFTL innerhalb von drei Jahren ab dem Ende der Krankheitsperiode, die Anrecht auf die Zulage gibt, eingereicht.**

### VOM ARBEITER AUSZUFÜLLEN

der Arbeiter: (Name, Vorname)	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Nationalregisternummer:	<input style="width: 25%;" type="text"/> - <input style="width: 25%;" type="text"/> - <input style="width: 25%;" type="text"/>
Telefonnummer:	<input style="width: 100%;" type="text"/>
E-mail	<input style="width: 100%;" type="text"/>
in ununterbrochenem Krankheitsurlaub war (tt/mm/jjjj):	1.Tag <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>
	Beantragt eine Krankheitszulage vom <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> bis <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/> / <input style="width: 20px;" type="text"/>
	Pro Krankheit : max. 6 Raten von 60 Kalendertagen (=max. 360 Tagen) Antrag möglich pro Rate oder für mehrere Raten zusammen
Die Beteiligung kann auf folgendes Konto des Arbeiters überwiesen werden:	IBAN BE <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> BIC <input style="width: 100px;" type="text"/>



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

Schreiben Sie nachfolgend "Für Ehrlich und richtig bescheinigt":

.....  
Unterschrift:

### VOM SFTL AUSZUFÜLLEN

<u>Interne</u> :	<u>Genehmigung SFTL</u>  Initialen : .....  Datum : ...../...../.....  Unterschrift :
------------------	---

Nationalregisternummer, Name und Vorname Arbeiter

**VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN**

Unternehmen:

LSS-Nummer (verpflichtet):

083 -  -

Telefonnummer:

E-mail::

Erklärt, dass der Arbeiter  
(Name, Vorname)



Nationalregisternummer:

 -  - 

in ununterbrochenem Krank-  
heitsurlaub war vom  
(tt/mm/jjjj):

 /  /  bis  /  / 

Datum der Zustellung:  
(falls zutreffend)

 /  / 


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

Schreiben Sie nachfolgend "Für Ehrlich und richtig  
bescheinigt":

.....  
Unterschrift:

**Firmenstempel:**

**VON DER KRANKENKASSE AUSZUFÜLLEN UND ZU UNTERZEICHNEN**



Name Unterzeichner: .....

Erklärt, dass der oben genannte Arbeiter das primäre Krankengeld von der KIV  
Von. . / . . / . . . . bis . . / . . / . . . . wegen Krankheit erhalten hat.

Arbeitsunfähigkeit nach Berufskrankheit : Ja oder Nein (Nichtzutreffendes bitte streichen)

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

Unterschrift Krankenkasse:

**Stempel Krankenkasse:**

**Unvollständige oder nicht korrekt ausgefüllte Anträge werden nicht ausbezahlt.**

Senden an: Sozialfonds Transport und Logistik (SFTL) - de Smet de Naeyerlaan 115 - 1090 Brüssel.