Aanvraag terugbetaling SCHADEVERGOEDING BIJ ONTSLAG

WEGENS DEFINITIEF VERLIES GENEESKUNDIGE SCHIFTING

**Aanvraagtermijn:**  **de aanvraag wordt bij het SFTL ingediend binnen de drie jaar,**

**te rekenen vanaf de ontslagdatum.**

## VAK VERPLICHT IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

|  |  |
| --- | --- |
| Onderneming: |  |
| Straat en nummer: |  |
| Postcode: |  Gemeente:  |
| Contactpersoon: |  |
| Functie: |  |
| RSZ-nummer (verplicht): | 083 -  -  |
| Telefoonnummer: |  Fax:  |
| E-mail:  |

Vraagt de terugbetaling aan van de schadevergoeding wegens ontslag ten gevolge van het definitieve verlies van de geneeskundige schifting die betaald werd aan:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam + voornaam: |   |
| Rijksregisternummer: |  -  -  |
| Verklaart dat de betrokken arbeider gedurende de laatste 15 jaar minstens 10 jaar als arbeider tewerkgesteld was bij de volgende onderneming(en): |
| Naam werkgever: |  |
| RSZ-nummer: | 083 -  -  |
| Datum in dienst: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Datum uit dienst |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Naam werkgever: |  |
| RSZ-nummer: | 083 -  -  |
| Datum in dienst: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Datum uit dienst |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Naam werkgever: |  |
| RSZ-nummer: | 083 -  -  |
| Datum in dienst: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Datum uit dienst |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |

*Vul opnieuw in.*

Naam onderneming: 

Naam arbeider: 

|  |  |
| --- | --- |
| Naam werkgever: |  |
| RSZ-nummer: | 083 -  -  |
| Datum in dienst: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Datum uit dienst |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Naam werkgever: |  |
| RSZ-nummer: | 083 -  -  |
| Datum in dienst: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |
| Datum uit dienst |  /  /  (dd/mm/jjjj)  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum definitief verlies geneeskundige schifting: Datum ontslag: Leeftijd arbeider op datum ontslag: Bruto bedrag uitbetaalde schadevergoeding: |  /  /  (dd/mm/jjjj)  /  /  (dd/mm/jjjj) , euro |
| Bij de aanvraag moeten de volgende bewijsstukken worden toegevoegd:1. kopie C4 betreffende ontslag rechthebbende arbeider;
2. kopie attest definitief verlies geneeskundige schifting; nl. rijgeschiktheidsattest groep 2;
3. kopie loonfiche met vermelding schadevergoeding wegens ontslag ingevolge definitief verlies geneeskundige schifting;
4. kopie oud rijbewijs rechthebbende arbeider (recto verso);
5. kopie nieuw rijbewijs rechthebbende arbeider (recto verso), indien oud rijbewijs nog geldig was bij ontslag.
 |
| De tussenkomst mag gestort worden op volgende rekening van de onderneming: | IBAN BE **-  -  -** BIC  |

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

Schrijf hieronder “Voor echt en waar verklaard”:

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

Handtekening:



**Stempel onderneming:**