

Geachte mevrouw / Geachte heer,

Elke arbeidsongeschiktheid moet aan Symbio worden gemeld (op basis van een origineel medisch attest met vermelding van de diagnose) binnen de termijn die is vastgelegd door het RIZIV. Deze termijn is afhankelijk van uw statuut op het moment van de arbeidsongeschiktheid:

- Werknemers: 28 dagen
- Arbeiders: 14 dagen
- Werkzoekenden: 48 uur
- Verlenging: 48 uur
- Bij hervat: 48 uur

Bij twijfel raden wij u aan om uw medisch attest binnen de 48 uur naar ons te sturen. Elke vertraging zal leiden tot een vermindering van 10% van uw uitkering. Wanneer u uw arbeidsongeschiktheid meldt, moeten wij in het bezit zijn van een origineel medisch attest waarin de diagnose wordt vermeld.

Om in aanmerking te komen voor een uitkering, moet u het bijgevoegde inlichtingenblad (luik Gerechtigde) invullen, ondertekenen en aan ons bezorgen.

Vraag ook aan uw werkgever om het Inlichtingenblad uitkeringen ZIMA001 elektronisch naar ons te sturen via het Belgische sociale zekerheidsportaal of via het sociaal secretariaat van de werkgever.

Als u een werkloosheidsuitkering ontvangt, wordt het L500-document automatisch en elektronisch naar ons gestuurd.

U kunt het inlichtingenblad per post of per e-mail via [uitkeringen@symbio.be](mailto:uitkeringen@symbio.be) aan ons bezorgen of afgeven bij uw Symbio-kantoor.

Met vriendelijke groeten,

De Dienst Uitkeringen

## INLICHTINGENBLAD UITKERINGEN

### LUIK GERECHTIGDE

In te vullen en doorsturen aan : Symbio, Neutrale Mutualiteit  
Brand Whitlocklaan 87-93 bus 4  
1200 Sint-Lambrechts-Woluwe

of per mail naar : [uitkeringen@symbio.be](mailto:uitkeringen@symbio.be)

#### 1. Persoonlijke gegevens

1.1. Naam : ..... Voornaam.....

1.2. Adres : ..... N° : ..... Bus : .....

Postcode : ..... Plaats: .....

1.3. Land : .....

1.4. Rijksregisternummer : ..... - ..... - .....

1.5. Kleefbriefje :

1.6. Telefoonnummer : ..... / .....

1.7. E-mailadres : .....@.....

#### 2. Risico: arbeidsongeschiktheid, moederschapsrust, werkverwijdering, vaderschaps- of geboorteverlof, adoptieverlof of pleegouderverlof

2.1. Sinds wanneer is het risico aangevangen ? ..... / ..... / ..... (jj / mm / aaaa)

2.2. Welk risico is van toepassing ?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> een beroepsziekte ?    | <input type="radio"/> een andere ziekte ?  |
| <input type="radio"/> een arbeidsongeval ?   | <input type="radio"/> een ander ongeval ?  |
| <input type="radio"/> een moederschapsrust ? | <input type="radio"/> een vaderschaps- of geboorteverlof ?   |
| <input type="radio"/> een adoptieverlof ?    | <input type="radio"/> een gehele of gedeeltelijke<br>werkverwijdering wegens<br>zwangerschap of borstvoeding ? |
| <input type="radio"/> een pleegouderverlof ? |  |

**2.3. Verbleef u in het buitenland bij de aanvang van het risico ?****JA / NEE**→ Indien JA, in welk land verbleef u ? .....

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

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

**2.4. Bent u nog steeds arbeidsongeschikt****JA / NEE**Indien NEE,*Ik verklaar het werk / de werkloosheid hervat te hebben op* ..... / ..... / ..... (dd/ mm /jjjj)**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 ? ..... / ..... / ..... (dd/ mm /jjjj)
- bent u gecontroleerd werkloze ?

**JA / NEE****3.2. Vul aan met de naam en het adres van alle werkgevers die u gehad hebt tijdens de periode van 30 dagen voorafgaand aan het risico:**

	<i>Naam en adres werkgever</i>	<i>Flexib job of gelegenheidswerknemer in de horeca?</i>
1.		<b>JA / NEE</b>
2.		<b>JA / NEE</b>
3.		<b>JA / NEE</b>

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

JA / NEE

→ **Indien NEE, NEEM DAN ZO SNEL MOGELIJK CONTACT OP MET UW ZIEKENFONDS !**

**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 hervatting. Voor een gedeeltelijke werkhervatting als zelfstandige is het absoluut noodzakelijk om toestemming te vragen aan de adviserend geneesheer en te wachten op diens goedkeuring alvorens de activiteit te hervatten.

#### 5. Voordelen, rentes en pensioenen

Ontvangt u :

A. een Belgisch en/of buitenlands rust-, ouderdoms-, anciënniteitspensioen	JA / NEE
B. een Belgische en/of buitenlandse rente, toelage of vergoeding wegens arbeidsongeval en/of beroepsziekte	JA / NEE
C. een tegemoetkoming voor mindervaliden :	
• - integratietegemoetkoming	JA / NEE
• - vervangingsinkomen	JA / NEE
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)*	JA / NEE
G. een ander(e) Belgisch(e) en/of buitenlands(e) voordeel dan hiervoor vermeld (bijv. invaliditeitsuitkering, pensioen, rente omgezet in kapitaal, ...)	JA / NEE

\* 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	A. <b>B.</b> / G.	A. / B. / G.	A. / B. / G.	A. / B. / G.
Belgische of buitenlandse uitbetalingsinstelling	FEDRIS			
Welk is de graad van ongeschiktheid ? (%)**	10%			
Sinds wanneer ontvangt u het voordeel ?	1/5/2017			
Welk is het brutobedrag ?	7 EUR			
	<input checked="" type="checkbox"/> per dag <input type="checkbox"/> per week <input type="checkbox"/> per maand <input type="checkbox"/> per kwartaal <input type="checkbox"/> par jaar	<input type="checkbox"/> per dag <input type="checkbox"/> per week <input type="checkbox"/> per maand <input type="checkbox"/> per kwartaal <input type="checkbox"/> par jaar	<input type="checkbox"/> per dag <input type="checkbox"/> per week <input type="checkbox"/> per maand <input type="checkbox"/> per kwartaal <input type="checkbox"/> par jaar	<input type="checkbox"/> per dag <input type="checkbox"/> per week <input type="checkbox"/> per maand <input type="checkbox"/> per kwartaal <input type="checkbox"/> par jaar
<b>Indien B. / G. :</b> Werd de rente geheel of gedeeltelijk omgezet in kapitaal ?	JA / <b>NEE</b>	JA / NEE	JA / NEE	JA / NEE

\*\* uitgezonderd buitenlandse pensioenen EN enkel ingeval van een rente

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.

Gedaan te \_\_\_\_\_

Op \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

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 Gegevensbeschermingsautoriteit.*