

ÜBERSEEISCHE KONTAKT

Stijn Blommaert (NL) Amélie Elie (Fr)
02 509 33 60 02 509 38 22
Timo Blyeaert (NL) Pascale Domken (Fr)
02 509 35 17 02 509 20 84
periodekeuitkeringen-osz@onsrszslss.fgov.be
prestationsperiodiques-om@onsrszslss.fgov.be

ANSCHRIFT

AD VII - Abteilung Zahlungen und Leistungen
Victor Horta Square 11
1060 Brüssel

INTERVENTION BEI ANTRÄGEN AUF KRANKEN- UND INVALIDITÄTSVERSICHERUNG / MODELL 2 INDIVIDUELL

Eintragungsnummer: ____/____/____

Ich, der/die Unterzeichnete,

erkläre hiermit, dass meine berufliche Tätigkeit von ____/____/____ ausgesetzt ist aufgrund von
Krankheit Arbeitsunfall Unfall Privatleben Schwangerschaft (Bitte geben Sie die richtige Antwort an)

Die Zahlung meiner Bezüge endete am ____/____/____ **einschließlich**.

Die Krankengeldzahlung beginnt nach diesem Datum..

Ich ermächtige den Dienst, diese Erklärung u. a. bei der Verwaltung der Direkten Steuern zu überprüfen.

In Kenntnis der Tatsache, dass eine falsche oder unvollständige Erklärung gemäß den Bestimmungen des K.E. vom 31. Mai 1933 über die Erklärungen, die im Zusammenhang mit Subventionen, Zulagen und Zuschlägen jeglicher Art, die ganz oder teilweise zu Lasten des Staates gehen, abzugeben sind, zu Geld- oder Gefängnisstrafen führen kann, **versichere ich ehrenwörtlich, dass diese Erklärung richtig und vollständig ist.**

Ich verpflichte mich, den Dienst unverzüglich über jede Änderung meiner Staatsangehörigkeit oder meines Familienstandes sowie über die Wiederaufnahme meiner beruflichen Tätigkeit zu informieren.

Erstellt in am ____/____/____

Unterschrift*

(* Sowohl elektronische als auch handschriftliche Unterschrift zulässig.

Ihre Daten werden in Übereinstimmung mit dem Datenschutzgesetz (Gesetz vom 30.07.2018) behandelt. Sie haben Anspruch auf Einsichtnahme und können auf Wunsch Änderungen vornehmen. Ihre Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung Ihrer Anfrage verwendet.