

**AANVRAAG VOOR  
HET BEKOMEN VAN EEN TOESLAG  
IN GEVAL VAN LANGDURIGE ZIEKTE OF OVERMACHT**

Liefst via email terug te sturen:

[led@comeos.be](mailto:led@comeos.be)

Of per post:

Lore-Elène Dignef / Sociaal Fonds 119  
Van Nieuwenhuyselaan 8 - 1160 Brussel

**A. Inlichtingen betreffende de arbeider/ster (in hoofdletters)**

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_\_ Rijksregisternummer \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

Tel / Gsm \_\_\_\_\_ E- mail \_\_\_\_\_

IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

De arbeider/ster wenst dat zijn/haar dossier in het  Nederlands of in het  Frans wordt behandeld.

**Voor meer informatie over deze premie: [www.sfonds119.be](http://www.sfonds119.be) > Tussenkomen > Langdurige ziekte  
Om de status van uw dossier te raadplegen (een tiental dagen na indiening) : [www.sfonds119.be](http://www.sfonds119.be) > Mijn dossier**

**B. Verklaring van de werkgever (in hoofdletters)**

Werkgever \_\_\_\_\_

Straat \_\_\_\_\_ nr \_\_\_\_\_ bus \_\_\_\_\_

Postcode \_\_\_\_\_ Gemeente \_\_\_\_\_

RSZ-nr \_\_\_\_\_ Contactpersoon \_\_\_\_\_

Tel \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

De werkgever verklaart dat bovenvermelde arbeider/ster normaal  voltijds  deeltijds: \_\_\_\_\_ u/week tewerkgesteld is

**I. Langdurige ziekte**

De bovenvermelde werkgever verklaart dat bovenvermelde arbeider/ster

- afwezig is (geweest) wegens ziekte sinds \_\_\_\_\_ en  het werk hervatte op \_\_\_\_\_
- en herviel op \_\_\_\_\_
- en het werk hervatte op \_\_\_\_\_
- het werk nog niet hervat heeft.
- tijdens haar zwangerschap niet mag werken van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_
- zwangerschapsverlof van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_
- afwezig was wegens arbeidsongeval dat door de verzekering gedekt was van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_
- en daarna een tussenkomst van de mutualiteit kreeg van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

**Gelieve deel C van dit formulier door de mutualiteit te laten invullen of een uitkeringsattest bij te voegen**

**II. Overmacht**

De werkgever verklaart dat de arbeidsovereenkomst wegens medische overmacht verbroken werd op \_\_\_\_\_

**Documenten die aan deze aanvraag moeten toegevoegd worden:**

- een attest van de **arbeidsgeneesheer** in geval van **definitieve arbeidsongeschiktheid**;
- een kopie van het document dat de definitieve **verbreking** van de arbeidsovereenkomst **door medische overmacht** vaststelt;
- een door de RVA, de vakbond of de mutualiteit ondertekend attest dat de betrokkene **hetzij werkloosheidsuitkeringen, hetzij ziekte- of invaliditeitsuitkeringen** geniet (**deel C van dit formulier**).

**III. Aanvraag**

De werkgever verzoekt het Sociaal fonds de aanvullende vergoeding in geval van

langdurige ziekte (I)

overmacht (II)

aan betrokken arbeider/ster uit te betalen.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel van de onderneming

Handtekening van de werkgever

**C. Verklaring van de mutualiteit, RVA of vakbond**

Onderstaande instantie verklaart dat \_\_\_\_\_ (naam en voornaam van de arbeider/ster)  
uitkeringen genoot van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_.

Datum: \_\_\_\_\_

Stempel van de uitbetalingsinstelling

Handtekening van de verantwoordelijke