

## AANVRAAG TOT AANVULLENDE UITKERINGEN WEGENS ZIEKTE OF ONGEVAL (PSC 149.01)

### DEEL 1: IN TE VULLEN DOOR DE ARBEID(ST)ER

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

Straat: ..... Nr: ..... Bus: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Telefoon: .....

E-mail: .....

Ik verklaar hierbij dat ik een ononderbroken verlof wegens ziekte (behalve beroepsziekte) of ongeval (behalve arbeidsongeval) geniet/genoten heb sedert ...../...../.....(eerste dag arbeidsongeschiktheid) <sup>(1)</sup>.

Ik was op de 1<sup>e</sup> dag arbeidsongeschiktheid in dienst bij een bedrijf uit PSC 149.01.

Naam of maatschappelijke benaming van de werkgever: .....


KBO-nummer: ..... RSZ-nummer: ...../.....

Datum indiensttreding ...../...../..... Tewerkstelling:  Voltijds  Deeltijds

### De terugbetaling mag gebeuren op onderstaand rekeningnummer

IBAN: .....

(1) Het hervallen in dezelfde ziekte wordt beschouwd als deel uitmakend van de vorige ongeschiktheid indien zij zich voordoet binnen de eerste 14 kalenderdagen volgend op het einde van deze periode van ongeschiktheid.


 Sien here...	Datum: ..... / ..... / ..... (dd/mm/jjjj)	Handtekening werknemer: .....
---	---	----------------------------------

### DEEL 2: IN TE VULLEN DOOR DE MUTUALITEIT

Mutualiteit: .....

Wij verklaren dat hogergenoemde arbeid(st)er de primaire ongeschiktheidsuitkering van de Z.I.V. ontvangt (ontvangen heeft) wegens ongeval of ziekte, sedert ...../...../..... tot ...../...../..... **en voegen in bijlage een overzicht toe van de ontvangen vergoedingen.**

Arbeitsongeschiktheid door beroepsziekte of arbeidsongeval:  JA  NEEN

 Sien here...	Datum: ..... / ..... / ..... (dd/mm/jjjj)	Stempel van de mutualiteit: .....
Handtekening: .....		

## VOORWAARDEN CAO

- Je bent **tewerkgesteld bij een werkgever uit PSC 149.01** op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid?
- Je bent **meer dan 30 dagen ononderbroken arbeidsongeschikt** door **ziekte of ongeval**, maar niet door een beroepsziekte of arbeidsongeval?
- Je ontvang hiervoor **uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering**?

Dan heb je recht op een **aanvullende vergoeding** bovenop de uitkering van de mutualiteit:

- **Maximum 36 maanden** per ziekteperiode indien je **jonger dan 55 jaar** bent op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid.
- **Tot het nemen van het wettelijk pensioen** indien je ten minste 55 jaar oud bent op de eerste dag van de arbeidsongeschiktheid .
- **Er is geen overgang van het ene naar het andere stelsel.**

**DEZE AANVRAAG MOET VERSTUURD WORDEN NAAR VOLTA FBZ, MARLYLAAN 15/8, 1120 BRUSSEL OF NAAR FBZ-FSE@VOLTA-ORG.BE**

De rechthebbende en de uitbetalingsinstelling worden verzocht de juistheid van alle vermeldingen, inzonderheid het volledig rijksregisternummer en datums, te verifiëren en desgevallend, volgens de voorziene procedure, te vragen gegevens te wijzigen. Uw persoonsgegevens zullen worden opgenomen in het databestand van het sociaal fonds. De persoonsgegevens die u via dit formulier verstrekt, worden verwerkt door het fonds voor bestaanszekerheid voor de sector der elektriciens (Volta fbz-fse). Zij worden verwerkt conform de bepalingen van de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) van 27 april 2016. Volta fbz-fse verwerkt de persoonsgegevens enkel voor het doeleinde waarvoor ze worden ingezameld, zijnde de wettelijke verplichting tot de regeling en de verzekering van de toekenning en uitkering van de aanvullende vergoedingen aan de arbeiders van het PSC 149.01. De persoonsgegevens worden ingezameld zolang dit hiervoor nodig is. U heeft het recht om inzage te vragen in uw eigen persoonsgegevens. U kunt uw eigen persoonsgegevens opvragen, inkijken en zo nodig laten corrigeren. Om deze rechten uit te oefenen neemt u contact op met het sociaal fonds op [privacy@volta-org.be](mailto:privacy@volta-org.be).