

## LANGDAUERNDEN ARBEITSUNFÄHIGKEIT

**KRANKHEIT– UNFALL GEMEINEN RECHTES - ARBEITSUNFALL ODER EIN UNFALL AUF DEM WEG DER ARBEITUND (ERNSTE – NICHT TÖDLICHE FÄLLE) - BERUFSKRANKHEIT**

Gewerkschaftsorganisation



**CSC**  
Bau – Industrie & Energie

BEWILLIGUNGSANTRAG/ ERWEITERUNG

Constructiv Einreichungsdatum

### A VOM ANTRAGSTELLER AUSZUFÜLLEN (IN BLOCKSCHRIFT)

Name: ..... Vorname: .....

Straße: ..... N°: ..... Briefkasten:.....

Postleitzahl: ..... Gemeinde: ..... Land: .....

Erkennungsnummer der Sozialen Sicherheit (E.N.S.S.)

						-			-		
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

erklärt mindestens 30 Kalendertage

Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Krankheit, Unfall des allgemeinen Rechts, Arbeitsunfall oder Berufskrankheit und erhält Entschädigung von der Krankenkasse, Versicherungsanstalt oder FEDRIS.

Datum: ..... / ..... / 20.....      Unterschrift der Antragstellers

.....

*Mit dem Ausfüllen dieses Dokuments erteile ich Constructiv sowie den befugten Einrichtungen und Stellen, die an der Ausführung ihrer gesetzlichen Aufträge mitwirken, mein Einverständnis, meine personenbezogenen Daten zwecks Verwaltung meiner Akte zu verarbeiten.  
Nähere Informationen über die Verarbeitung meiner Daten finde ich auf [www.constructiv.be](http://www.constructiv.be) ODER erhalte ich auf Anfrage per E-Mail an [privacy@constructiv.be](mailto:privacy@constructiv.be).*

### B VOM ARBEITGEBER AUSZUFÜLLEN

Bezeichnung: .....

L.L.S nummer: ...../.....

Status: Arbeiter / Lehrling / Andere: .....(Zutreffendes ankreuzen)

Dienstantritt datum : ..... / ..... / 20.....

Datum des Anfangs der Arbeitsunfähigkeit/ Unfalls (\*) : ..... / ..... / 20.....

Der Garantielohn wurde bezahlt vom: ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

Wenn der Arbeitsvertrag ausgelaufen hat, Datum des Dienstendes: : ..... / ..... / 20.....

(\*) Name des Versicherungs Organismus: .....

Einreichungsnummer des Unfalls: .....

Datum: ..... / ..... / 20.....

Stempel/Unterschrift  
des Unternehmens

**C | VON DER KRANKENKASSE / VERSICHERUNGS ORGANISMUS / FEDRIS AUSZUFÜLLEN**

Der Unterzeichnete erklärt hiermit, dass der auf der Vorderseite dieses Formulars erwähnte Arbeiter

**eine Entschädigung erhielt für eine ununterbrochene primäre Arbeitsunfähigkeit**

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20..... .....% \*

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20..... .....% \*

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20..... .....% \*

**\* bitte geben Sie den Prozentsatz der Arbeitsunfähigkeit an.**

Periode von erlaubter Arbeitswiederaufnahme: ..... / ..... / 20.....

Periode von teilzeitige Arbeitswiederaufnahme (\*): ..... / ..... / 20.....

(\* ) Bitte eine Bescheinigung mit Erlaubnis des Vertrauensarztes der Krankenkasse einschließen.

**keine Entschädigung erhielt für die folgende(n) Periode(n) von primärer Arbeitsunfähigkeit** (Zutreffendes ankreuzen und auszufüllen)

- Garantielohn** bei einem Arbeitsunfall im Falle eines Rückfalls nach Wiederaufnahme der Arbeit

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

- Urlaub**

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

- Teilzeitige Wiederaufnahme der Arbeit ohne Bewilligung**

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

- Sanction wegen** .....

Bruchentschädigung:

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

- Andere, unter anderen:** .....

vom ..... / ..... / 20..... bis zum ..... / ..... / 20.....

Datum: ..... / ..... / 20.....  
 Stempel  
 Krankenkasse/Versicherungsorganismes/  
 Fedris

Unterschrift des Beauftragten

.....

2/2

