

AANVRAAGFORMULIER 2° ZIEKTEJAAR in te vullen door de werkgever

Dit formulier gelieve in te vullen bij ingang en (gedeeltelijk) herstel in het 2° ziektejaar van een werknemer van uw onderneming.

Werkgeversgegevens

Aansluitidentificatie (Meubelindustrie)	8 5 6 -
(Tentoonstellingsdienstverlening)	8 7 9 -
Naam werkgever	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Datum	- -
Telefoonnummer	-
Contactpersoon	
Handtekening / stempel	

Werknemersgegevens

Sofi-nummer	
Geboortedatum	- -
Naam, voorletters en voorvoegsels werknemer	
Adres	
Postcode en woonplaats	

Gegevens 2° ziektejaar

U dient alleen die gegevens in te vullen die betrekking hebben op de mutatie: aanmelding, gedeeltelijk of volledig herstel in het 2° ziektejaar.

Datum aanvang	- -
Datum gedeeltelijk herstel	- -
Percentage dat werknemer gaat werken	%
Datum volledig herstel	- -
Parttime-percentage *)	%
Pens.gevend loon jaar- en fulltimebasis *)	€

*) Hiermee wordt bedoeld het parttime-percentage danwel het pensioengevend loon zoals dat voorafgaand aan het 2° ziektejaar gold. NIET wordt bedoeld het in het 2° ziektejaar naar 70% verlaagde loon.