



Tel.: (02) 529.39.73 • info@gsd.fgov.be

*Te vullen bij elke aanvraag,
in hoofdletters*

☐	Inkomsten: recente loonfiches van alle gezinsleden / rekeninguittreksel van het pensioen	
☐	Attest werkloosheid of ziekenfonds voor alle gezinsleden	
☐	Kinderbijslag: attest op naam of rekeninguittreksel	
☐	Een keer per jaar: kopie van het aanslagbiljet van alle gezinsleden	
☐	In geval van scheiding met kind(eren): kopie van het vonnis	
☐	Alimentatiegeld: rekeninguittreksel	
☐	Arbeidsongeval of beroepsziekte: beslissing + rekeninguittreksel	
☐	Integratietegemoetkoming of vervangingsinkomen: beslissing + rekeninguittreksel	
☐	Attest erkenning handicap of invaliditeit van het ziekenfonds	
☐	Andere financiële inkomsten: rekeninguittreksel (huurinkomsten, sociale uitkeringen, enz.)	

Zo ja, gegevens van uw bemiddelaar:

Naam ⁽¹⁾: **Voornaam:**

Rijksregisternummer: [][] [][] [][] [][] [][] Geboortedatum: [][] [][] [][] [][]

Adres • straat: Nr/bus:

Postcode: Plaats:

Tel: E-mail:

Bankrekeningnr: IBAN : B E [][] [][] [][] [][] [][] **BIC :** [][][][] [][][][] [][][][]

(1) Een gehuwde vrouw vermeldt haar meisjesnaam.

Inullen in geval van buitenlandse rekening

(1) Een gehuwde vrouw vermeldt haar meisjesnaam.

Invullen in geval van buitenlandse rekening

Benaming van het bestuur:
 Datum van indiensttreding: Datum van uitdiensttreding:
 (Verplicht in geval van een contract van bepaalde duur of een contract Artikel 60)

Werknemer: ☐ Actief ☐ Gepensioneerd

Functie: ☐ Bediende ☐ Arbeider ☐ Andere:

Statuut: ☐ Benoemd ☐ Contract onbepaalde duur ☐ Contract bepaalde duur ☐ Artikel 60 ☐ Andere:

Arbeidstijd: ☐ Voltijds ☐ Halftijds ☐ 4/5 ☐ Andere:

Bent u in de laatste 18 maanden langer dan één maand ziek geweest? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, in de periode: van tot

4. SAMENSTELLING VAN HET GEZIN

PARTNER							
Naam	Voornaam	Geboortedatum	Eigen inkomsten	Ten laste	Handicap of Invaliditeit	Gepensioneerd	
			☐	☐	☐	☐	

KINDEREN IN HET GEZIN							
Naam	Voornaam	Geboortedatum	Co-ouderschap	Kinderbijslag	Eigen inkomsten	Student	Handicap
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐
			☐	☐	☐	☐	☐

ANDERE SAMENWONENDEN IN HET GEZIN					
Naam	Voornaam	Geboortedatum	Verwantschap	Eigen inkomsten	Handicap
				☐	☐
				☐	☐

5. VERZEKERINGEN EN ZIEKENFONDS

● Bij welk **ziekenfonds** bent u aangesloten?

● Hebt u een **hospitalisatieverzekering** afgesloten? ☐ Ja ☐ Neen
Zo ja, bij welke maatschappij? Begunstigde:

Bent u in de laatste 18 maanden opgenomen in een ziekenhuis? ☐ Ja ☐ Neen

● Hebt u een **ambulante verzekering** afgesloten? ☐ Ja ☐ Neen
Zo ja, bij welke maatschappij? Begunstigde:

● Hebt u een **tandverzekering** afgesloten? ☐ Ja ☐ Neen
Zo ja, bij welke maatschappij? Begunstigde:

Ik ondergetekende: Naam:

Voornaam:

verklaar op mijn eer dat deze aangifte oprecht en volledig is.

Te ,..... op

Handtekening

De gegevens die u op dit formulier invult worden verzameld voor de vestiging van uw hoedanigheid van begunstigde van de GSD en om een eventuele financiële tegemoetkoming te bepalen. Ons beleid rond de bescherming van personen bij de verwerking van persoonsgegevens is gebaseerd op de Algemene Verordening Gegevensbescherming (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 (ook bekend onder de afkorting AVG). Voor inzage of verbetering van uw gegevens kunt u terecht bij de GSD via het generiek e-mailadres info@gsd.fgov.be.