Bijlage - Attest ziekenfonds

ATTEST GEZINSLAST

(i n te vullen door de ver z ek er ings ins telling)

Hierbij bevestigen wij dat sociaal verzekerde

Naam .....

Voornaam .....

INSZ (rijksregisternummer) ☐☐.☐☐.☐☐-☐☐☐.☐☐

☐ in de hoedanigheid van gerechtigde is aangesloten bij onze organisatie
sinds .....

☐ minstens één persoon ten laste heeft, in de zin van artikel 225 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,
sinds .....

Datum:

Handtekening en stempel van de verzekeringsinstelling:

Dit attest wordt afgeleverd op verzoek van de betrokkene voor zijn/haar sociaal verzekeringsfonds voor de toekenning van het overbruggingsrecht, onder voorbehoud van het vervullen van alle voorwaarden overeenkomstig de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen