

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE / MODELE 2 INDIVIDUEL

N° d'affiliation : ____/____/____

Je soussigné(e) :

déclare avoir cessé toute activité professionnelle en date du ____/____/____ (inclus) pour cause de maladie/
accident/ grossesse(*).

Ma rémunération à charge de mon employeur a pris fin le ____/____/____ (inclus).

Je donne à l'Office l'autorisation de vérifier la présente déclaration notamment auprès de l'Administration des Contributions Directes.

Conscient(e) du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont en tout ou en partie, à charge de l'état, J'AFFIRME SUR L'HONNEUR QUE CETTE DECLARATION EST SINCERE ET COMPLETE.

JE M'ENGAGE A FAIRE CONNAITRE IMMEDIATEMENT A L'OFFICE TOUTE MODIFICATION DE MON ETAT-CIVIL OU DE MA NATIONALITE AINSI QUE TOUTE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE TANT PAR MOI-MEME QUE PAR MON EPOUX(SE).

Fait à le ____/____/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées

Les données seront traitées dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée (loi du 30/07/2018). Vous pouvez consulter et rectifier vos données à tout moment. Celles-ci sont uniquement utilisées pour traiter votre demande.