ONSS | SÉCURITÉ SOCIALE D'OUTRE-MER

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

ADRESSE
DG VII - Service paiements & prestations
Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

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

Nom :	Prénom :	Etat civil :	Date de naissance : __ __/__ __/__ __ __ __
Nationalité :	N° de matricule : __ __ __ __ __ __/__ __		
Adresse de résidence - Rue : ..... N° :			
Code postal : ..... Ville : ..... Pays :			

À L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

La personne désignée ci-dessus, affiliée à l'Office, a introduit une demande en vue de bénéficier des avantages de l'assurance maladie-invalidité.

Afin de permettre à l'Office d'y réserver suite, veuillez compléter intégralement le présent document et le retourner dans les meilleurs délais à l'adresse mentionnée ci-dessus.

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 cette demande.

Dénomination et adresse de l'employeur : .....

.....

Personne de contact : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

Cause de la cessation de l'activité professionnelle : maladie

congé de maternité

accident du travail

accident de la vie privée

Date du début de l'incapacité de travail : __ __/__ __/__ __ __ __

Date à laquelle la rémunération (salaire garanti) a pris fin : __ __/__ __/__ __ __ __ **inclus**

Souhaitez-vous poursuivre le paiement des cotisations pour le contrat SSOM « Soins de santé » existant ?
Oui Non Pas d'application

Avez-vous souscrit une assurance soins de santé **autre** que l'assurance SSOM ?

Oui, adresse et nom de l'assurance : .....
Non

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.

ONSS | SÉCURITÉ SOCIALE D'OUTRE-MER

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

ADRESSE
DG VII - Service paiements & prestations
Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

La période d'incapacité de travail inclut :

- une période couverte par des indemnités de rupture de contrat (veuillez cocher la réponse correcte) :
  pas d'application
  oui, du __ __ /__ __ /__ __ __ __ au __ __ /__ __ /__ __ __ __
- une période couverte par des congés payés (veuillez cocher la réponse correcte) :
  pas d'application
  oui, du __ __ /__ __ /__ __ __ __ au __ __ /__ __ /__ __ __ __

Date à laquelle prend fin la participation de cette personne à l'assurance SSOM (veuillez cocher la réponse correcte) :
pas d'application
Oui, à partir du __ __ /__ __ /__ __ __ __

Remarque : les cotisations doivent être versées jusqu'au mois compris où l'incapacité se manifeste ou l'accident se produit. En cas de paiement d'un salaire garanti, la cotisation est due jusqu'au mois où le paiement prend fin.

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.