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 INDIVIDUEL

N° de matricule : __ __ __ __ __ __ /__ __

Je soussigné(e) : .....

déclare que mon activité professionnelle est suspendue depuis le __ __ /__ __ /__ __ __ __ pour cause de

maladie accident du travail accident vie privée grossesse (veuillez cocher la réponse correcte)

Ma rémunération a pris fin le __ __ /__ __ /__ __ __ __ **inclus**.

L'indemnité d'incapacité de travail prendra effet après cette date.

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 fausse 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 déclaration est sincère et complète**.

Je m'engage à faire connaître immédiatement à l'Office toute modification de mon état civil ou de ma nationalité ainsi que toute reprise d'activité professionnelle tant par moi-même que par mon époux(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.

.be