



**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**Cette demande doit être complétée par la personne assurée.**  
Formulaire à compléter intégralement et à renvoyer daté et signé au service.

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE INDEMNITÉ POUR  
MALADIE-INVALIDITÉ**

**A. IDENTIFICATION :**

**1. Demandeur [assuré(e)] :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Lieu et date de naissance : ..... - \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Nationalité : .....  
N° de registre national : ..... - ..... N° d'affiliation : ...../\_\_\_\_  
État civil : ..... Profession : .....  
Adresse complète : .....  
N° de téléphone : .....  
N° de fax : .....  
E-mail : .....

La maladie s'est manifestée le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ L'accident est survenu le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Date de l'arrêt de travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ L'accouchement est prévu/survenu le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Cette maladie est une rechute :    Oui    Non

**2. Conjoint(e) ou cohabitant(e) :**

Nom : ..... Prénom : .....  
Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Nationalité : .....  
Date de mariage : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Emploi occupé : .....

**3. Enfants à charge de moins de 25 ans :**

	Nom	Prénom	Date de naissance
1	.....	.....	____/____/____
2	.....	.....	____/____/____
3	.....	.....	____/____/____
4	.....	.....	____/____/____

**B. DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE (SEULEMENT SI LA CASE EST COCHÉE) :**

Attestation de la mutuelle où l'assuré était inscrit si la participation à l'assurance est inférieure à 6 mois.  
En cas d'accouchement, un extrait de l'acte de naissance de l'enfant.

(\*) Signature électronique et manuscrite autorisées

**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**C. AVANTAGES DONT BENEFICIE LE DEMANDEUR :**

Désignation des avantages que le demandeur est tenu de déclarer	Montant	Période	Débiteur du paiement (dénomination et adresse exactes, fournir une attestation)
1. Allocation de congé :			
2. Indemnité de rupture ou de préavis :			
3. Pensions, rentes ou allocations de retraite :			
4. Réparation pour accidents du travail ou maladies professionnelles :			
5. Avantages, indemnités ou allocations accordés sur base de toute législation en matière de maladie, invalidité ou chômage :			

6. Bénéficiez-vous d'une allocation du CPAS ou de la DG personnes handicapées?    Oui    Non

**D. SOINS DE SANTÉ :**

**1. Êtes-vous couvert(e) auprès d'un organisme assureur (mutuelle ou assurance privée) autre que la SSOM ?**

oui, adresse et dénomination de l'organisme : .....

non

**2. Êtes-vous actuellement bénéficiaire de l'intervention majorée (Bim) ?**

Oui    Non

**3. Désirez-vous poursuivre le paiement des cotisations pour le contrat " soins de santé " en cours ?**

Oui    Non

**E. ENGAGEMENTS DU DEMANDEUR :**

Le demandeur s'engage à signaler à l'Office toute modification pouvant survenir :

- a) dans la composition de sa famille ou dans les charges en résultant ;
- b) dans le détail des avantages énumérés au C. ci-dessus ;
- c) dans sa reprise du travail ou son inscription comme demandeur d'emploi (chômage).

**F. NUMERO DE COMPTE BANCAIRE SUR LEQUEL LES PRESTATIONS POURRONT ETRE VERSEES :**

Organisme financier : .....

IBAN BE \_\_\_\_\_ N° BIC \_\_\_\_\_

Le soussigné autorise l'Office à communiquer à son employeur – à la demande de celui-ci – les montants attribués comme indemnités pour maladie-invalidité :    Oui    Non

Je certifie que cette déclaration est sincère et complète. Je suis conscient(e) qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des sanctions pénales (A.R. du 31/05/1933) et/ou des récupérations (loi du 17/07/1963).

Fait à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

Signature\*

<sup>1</sup> 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.  
(\* ) Signature électronique et manuscrite autorisées