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

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 MALADIE-INVALIDITÉ / MODELE 1

A. IDENTIFICATION :

1. Demandeur [assuré(e)] :

Nom : ..... Prénom : .....

Lieu et date de naissance : ..... - __ __ /__ __ /__ __ __ __

Nationalité : .....

N° de registre national : __ __.__ __.__ __-__ __ __.__ __ N° de matricule : __ __ __ __ __ __/__ __

État civil : ..... Profession : .....

Domicile - Rue : ..... n° : .....

Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....

N° de téléphone : ..... E-mail : .....

Type d'incapacité (veuillez cocher la réponse adéquate) : La maladie s'est manifestée le : __ __ /__ __ /__ __ __ __

L'accident est survenu le : __ __ /__ __ /__ __ __ __

L'accouchement est prévu/survenu le : __ __ /__ __ /__ __ __ __

Date de l'arrêt de travail : __ __ /__ __ /__ __ __ __

S'agit-il d'une rechute de la maladie ? Oui Non (Veuillez cocher la réponse correcte)

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 :

Attestation de la mutuelle où l'assuré était inscrit avant son départ à l'étranger (hors U.E.) si sa participation à l'assurance SSOM est inférieure à 6 mois.

Extrait de l'acte de naissance de l'enfant, en cas de demande d'indemnisation pour un congé de maternité.

Attestation scolaire des enfants à charge âgés de 18 à 25 ans.

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

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 fausse 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*

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées.

[1] 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