



**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)
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. Allocations ou indemnités familiales :			
7. Désirez-vous poursuivre le paiement des cotisations pour le contrat « soins de santé » en cours ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

**D. 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).

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

Organisme financier: ..... N° IBAN: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
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 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)

Les données seront traitées dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée (loi du 08/12/1992). Vous pouvez consulter et rectifier vos données à tout moment. Celles-ci sont uniquement utilisées pour traiter votre demande.