



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques

Correspondant :
Vincent De Ruyter

Téléphone :
02/509 20 70

email :
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

Formulaire à compléter intégralement et à renvoyer daté et signé au service.

Demande d'intervention de l'assurance indemnité pour maladie-invalidité

A. IDENTIFICATION :

a) Demandeur [assuré(e)] :

NOM: Prénom:

Lieu et date de naissance: Nationalité:

N° de registre national : _ _ _ _ _ / _ _ _ / _ _

Etat civil: Profession:

Adresse complète: N° de téléphone:

..... N° de fax:

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 : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

b) Conjoint(e) ou NOM : Prénom:

Cohabitant(e) : Date de naissance: Nationalité:

Date du mariage: Emploi occupé:

c) Enfants à charge de moins de 25 ans :

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

Ces enfants sont-ils bénéficiaires d'allocations ou indemnités familiales: OUI NON

B. DOCUMENTS A JOINDRE A LA DEMANDE (seulement si la case est cochée) :

- Certificat de scolarité pour chaque enfant de plus de 18 ans s'il suit des cours dans un établissement de plein exercice.
- 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.
- Attestation de l'organisme ou de l'employeur qui paye les allocations familiales

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 fausse ou incomplète peut entraîner des sanctions pénales (A.R. du 31/05/1933) et/ou des récupérations (loi du 17/07/1963).

Fait àle

(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.