OFFICE NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE
INSTITUTION PUBLIQUE DE SECURITE SOCIALE
PLACE VICTOR HORTA 11 - 1060 BRUXELLES - TÉL. 02 509 59 59 - FAX 02 509 30 19 - Internet www.onss.fgov.be
Heures de visite : de 9 à 11 heures 30, ou sur rendez-vous tous les jours ouvrables sauf le samedi

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

Correspondant :	Téléphone :	email :
Vincent De Ruyter	02/509 20 70	prestationsperiodiques-om@onssrszlss.fgov.be

DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Demande de renseignements adressée à l'employeur.

Nom :	Prénom :	Etat civil :	Lieu et date de naissance :
Nationalité :	Résidant à :	Rue :	N° :

A L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR

La personne désignée ci-dessus, affiliée à l'Office, a introduit une demande en vue de bénéficier des avantages de l'assurance maladie-invalidité.
Afin de permettre à l'Office d'y réserver suite, veuillez compléter **intégralement** le présent document et le retourner dans les meilleurs délais à l'adresse mentionnée ci-dessus.
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 cette demande.

- Dénomination et adresse de l'employeur.....
  .....
  Personne de contact :..... ☎ : .....
  FAX : .....
  E-mail : .....
- Cause de la cessation de l'activité professionnelle:
  - maladie (*)
  - congé de maternité (*)
  - accident du travail (*)
  - accident, autre qu'un accident du travail (*)
- Date du début de l'incapacité de travail : _ _ / _ _ / _ _ _ _
- Date à laquelle la rémunération (salaire garanti) a pris fin : _ _ / _ _ / _ _ _ _(inclus)
-
- Période couverte par une indemnité pour rupture de contrat ou congés payés :
  Du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _
- Versez-vous des allocations ou indemnités familiales pour le(s) enfant(s) de l'assuré ? ☐ OUI ☐ NON
  Si oui, du _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _.
- Date à laquelle cesse la participation de l'intéressé à l'assurance : _ _ / _ _ / _ _ _ _
- Désirez-vous poursuivre le paiement des cotisations pour le contrat « soins de santé » ? ☐ OUI ☐ NON

  Remarque : les cotisations doivent être versées jusqu'au mois compris où l'incapacité se manifeste ou l'accident se produit. En cas de paiement d'un salaire garanti, la cotisation est due jusqu'au mois où le paiement prend fin.

Date: _ _ / _ _ / _ _ _ _

(*) Biffer les mentions inutiles

Signature de l'employeur