

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
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 MALADIE-INVALIDITÉ / MODELE 1

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

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	Débitéur 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*

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.
(*) Signature électronique et manuscrite autorisées