



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques  
Pour les visites : Rue Joseph II 47 • BE-1000 BRUXELLES

Correspondants : Téléphone : email :  
Paul Daelewyn 02/509 20 60 [prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)  
Vincent De Ruyter 02/509 20 70

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 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.