



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

Correspondants :
Vincent De Ruyter
Amélie Elie

Téléphones :
02/509 20 70
02/509 38 22

email :
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

Document à renvoyer à l'Office dûment complété et signé

Je soussigné(e).....

déclare avoir cessé toute activité professionnelle en date du(inclus)

pour cause de maladie/accident /grossesse(*).

Ma rémunération à charge de mon employeur a pris fin le.....(inclus)

Je donne à l'Office l'autorisation de vérifier la présente déclaration notamment auprès de l'Administration des Contributions Directes.

Conscient(e) du fait qu'une déclaration fautive ou incomplète peut entraîner des amendes ou des peines de détention, conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature qui sont en tout ou en partie, à charge de l'état, J'AFFIRME SUR L'HONNEUR QUE CETTE DECLARATION EST SINCERE ET COMPLETE.

JE M'ENGAGE A FAIRE CONNAITRE IMMEDIATEMENT A L'OFFICE TOUTE MODIFICATION DE MON ETAT-CIVIL OU DE MA NATIONALITE AINSI QUE TOUTE REPRISE D'ACTIVITE PROFESSIONNELLE TANT PAR MOI-MEME QUE PAR MON EPOUX(SE).

Fait à _____, le _____
(signature)

(*)*biffer ce qui ne convient pas*

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.