

OVERSEAS CONTACT

Monique Denis
02 509 20 80
paielements-om@onss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

DEMANDE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS PAR VIREMENT A UN COMPTE OUVERT
AUPRES D'UNE BANQUE ETABLIE HORS DE L'UNION EUROPEENNE

Le/la soussigné(e) / *The undersigned*

Numéro de matricule / *Unique identification number* _____

Epouse - veuve de / *spouse - widow of*

domicilié(e) à rue N° Bte
domiciled at Street N° Box

Code postal Localité Pays
Postal Code *City* *Country*

Sollicite le paiement des prestations dont le numéro est repris ci-dessus, par virement au compte ouvert à son nom
Requests the payment of the allowances with the ref. number mentioned above, by direct transfer into a bank account in his/
her name

IBAN/numéro de compte
Routing/Account
BIC/SWIFT

Veuillez joindre un relevé d'identité bancaire svp. / Please enclose a proof of bank account details

Autorise ladite banque, sur simple demande de l'ONSS, à reverser à celui-ci toutes les sommes payées indûment, étant
entendu que l'autorisation précitée ne cessera pas lors de son décès.

S'engage :

1. à restituer immédiatement les sommes perçues indûment ;
2. à aviser spontanément l'ONSS de tout événement de nature à modifier le droit au paiement des prestations
(par ex. changement d'état civil, d'adresse, de nationalité - reprise d'une activité professionnelle, etc.)
3. à produire à chaque demande de l'ONSS, et dans les quinze jours, un certificat de vie, de résidence, ou d'état civil délivré
dans les formes requises.

Authorizes the bank, on simple request of the ONSS, to pay back to the latter any amount unduly paid, on the understanding
that this authorization will not come to an end at his/her death.

Agrees:

1. to pay back immediately any amount unduly received;
2. to keep the ONSS spontaneously informed of any event likely to modify his/her right on the payment of the allowances
(e.g. change of civil status, address, nationality - resumption of a professional activity, etc.);
3. to produce upon each request of the ONSS, and this within fifteen days, a life certificate, a certificate of residence or of civil
status, submitted in the required form.

TO BE COMPLETED BY THE BANK

Fait à The undersigned has taken note of the authorization given by the
beneficiary to the ONSS. He agrees to pay back to the ONSS any
amount unduly paid that will be reclaimed.

Le ____/____/____

Place

Le bénéficiaire
(signature du titulaire du compte)*

Date ____/____/____

Signature*

Stamp of the bank

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées