

OVERSEAS CONTACT

Monique Denis
02 509 20 80
paiements-om@onssrszls.fgov.be
www.overseassocialsecurity.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

NUMÉRO DE COMPTE

IBAN : BE56 6790 0735 1788
BIC : PCHQBEBB

DEMANDE DE PAIEMENT DES PRESTATIONS PAR VIREMENT A UN COMPTE OUVERT AUPRES D'UN ORGANISME FINANCIER ETABLI DANS L'UNION EUROPEENNE

Le/la soussigné(e) :

Bénéficiaire des prestations sous le n° _____

Epouse - veuve de :

Domicilié(e) à rue : N° : Bte :

Code postal : _____ Localité - Pays :

Sollicite le paiement des prestations dont le numéro est repris ci-dessus, par virement au compte ouvert à son nom.

BIC : _____

IBAN : _____

Veuillez joindre un relevé d'identité bancaire svp.

Autorise ledit organisme financier, 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.

Fait à le ___/___/_____

Le bénéficiaire
(signature du titulaire du compte)*

CADRE RESERVE A L'ORGANISME FINANCIER

Le soussigné a pris acte de l'autorisation donnée par le bénéficiaire à l'ONSS. Il s'engage à rembourser à l'ONSS toute somme indûment versée qui sera récupérée.

Cachet de l'organisme financier

Fait à le ___/___/_____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)