



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Paiements



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)   
*The undersigned*

bénéficiaire des prestations sous le n°   
*beneficiary of the allowances with reference 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

code IBAN

code BIC

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

**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.

**Authorizes** the financial institution, 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.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
 Le bénéficiaire  
 (signature du titulaire du compte)

<p><b>TO BE COMPLETED BY THE FINANCIAL INSTITUTION</b>                  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.</p> <p>_____  <i>date, signature and stamp of the financial institution</i></p>
--