

**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**DEMANDE D'INTERVENTION DE L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
/ MODELE 2 EMPLOYEUR**

Nom :	Prénom :	Etat civil :	Lieu et date de naissance : ____/____/____
Nationalité :	N° d'affiliation : ____/____		
Adresse de résidence - Rue : ..... N° : .....			
Code postal : ..... Ville : ..... Pays : .....			

**À L'ATTENTION DE L'EMPLOYEUR**

La personne désignée ci-dessus, affiliée à l'Office, a introduit une demande en vue de bénéficier des avantages de l'assurance maladie-invalidité.  
Afin de permettre à l'Office d'y réserver suite, veuillez compléter intégralement le présent document et le retourner dans les meilleurs délais à l'adresse mentionnée ci-dessus.  
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 cette demande.

Dénomination et adresse de l'employeur : .....

Personne de contact : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

- Cause de la cessation de l'activité professionnelle :
- maladie (\*)
  - congé de maternité (\*)
  - accident du travail (\*)
  - accident, autre qu'un accident du travail (\*)

Date du début de l'incapacité de travail : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date à laquelle la rémunération (salaire garanti) a pris fin : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ (inclus)

Période couverte par une indemnité pour rupture de contrat ou congés payés : du \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
au \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Date à laquelle cesse la participation de l'intéressé à l'assurance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Désirez-vous poursuivre le paiement des cotisations pour le contrat « soins de santé » ? : Oui Non

Avez-vous souscrit une couverture soins de santé autre que la SSOM ?

- oui, adresse et dénomination de l'organisme : .....
- non

**Remarque : les cotisations doivent être versées jusqu'au mois compris où l'incapacité se manifeste ou l'accident se produit. En cas de paiement d'un salaire garanti, la cotisation est due jusqu'au mois où le paiement prend fin.**

Fait à ..... le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature\*

(\* Signature électronique et manuscrite autorisées

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.