ONSS | SÉCURITÉ SOCIALE D'OUTRE-MER

DEMANDE DE RÉSILIATION DE L'AFFILIATION

À renvoyer à : affiliationsattestations-om@onss.fgov.be

Je soussigné(e) (nom et prénom)* : .....

Numéro d'affiliation* : E/ __ __ __ __ __ __-__

ou numéro de registre national* : __ __ __ __ __ __-__ __ __.__ __

Déclare que je souhaite mettre fin à mon affiliation à la Sécurité Sociale d'Outre-Mer (SSOM).

Le **dernier mois** d'affiliation est* : __ __ /__ __ __ __ (⚠ ne peut être rétroactif au mois d'introduction de la demande, sauf si vous pouvez fournir la preuve que vous êtes salarié(e), indépendant(e), demandeur/demandeuse d'emploi ou que vous bénéficiez d'allocations de chômage dans un des Etats membres de l'EEE ou en Suisse)

Le motif de la résiliation de mon affiliation est :

Fin de l'emploi en dehors de l'Espace Economique Européen

Autre(s) : .....

Pensez-vous encore exercer plus tard une activité en dehors de l'EEE ? Oui Non

Dans l'affirmative, avec couverture par la SSOM ?

Oui

Non Affiliation à un régime public local de Sécurité sociale

Affiliation à une assurance privée

Autre(s) :.....

Souhaitez-vous recevoir une attestation de fin d'affiliation ? (⚠ celle-ci ne sera délivrée qu'à partir du moment où la dernière cotisation aura été enregistrée dans les comptes de l'Office)

Non

Oui Par e-mail : .....

Par la poste : Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : __ __ __ __ Localité : ..... Pays : .....

Via mon e-box**

Fait à ..... le __ __/__ __/__ __ __ __

Signature*

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées

(**) Veuillez tenir compte du fait que votre e-Box doit être activée. Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sur www.mysocialsecurity.be