

## OVERSEAS CONTACT

Monique Denis  
02 509 20 80  
[paiements-om@onss.fgov.be](mailto:paiements-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 DANS L'UNION EUROPEENNE

## REQUEST FOR PAYMENT OF THE ALLOWANCE INTO AN ACCOUNT WITH A BANK WITHIN THE EU

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 \_\_\_\_\_

BIC \_\_\_\_\_

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  
Le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ beneficiary to the ONSS. He agrees to pay back to the ONSS any  
amount unduly paid that will be reclaimed.

Place .....

Le bénéficiaire  
(signature du titulaire du compte)\*

Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature\*

Stamp of the bank

(\*) Signature électronique et manuscrite autorisées