

Demande de paiement d'une indemnité sur un compte à vue

VOLET 1: à compléter

Je, soussigné(e),

Prénom, NOM _____

Rue, numéro, boîte _____

Code, postal VILLE _____

PAYS _____

Date de naissance (JJ.MM.AAAA) ____ . ____ . ____

Numéro de registre national ____ . ____ . ____ - ____ . ____

Numéro de dossier _____

- souffre d'une **maladie professionnelle** / ai été victime d'un **accident du travail** (biffer la mention inutile)
- demande que mes indemnités soient désormais versées sur le compte à vue suivant dont

(prénom, NOM) _____ est cotitulaire:

IBAN: BE__ __ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ BIC: _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

- autorise mon organisme financier à rembourser à Fedris toutes les sommes qu'il verse sur mon compte à vue après mon décès;
- m'engage à:
 - 1 rembourser immédiatement les sommes indûment reçues;
 - 2 informer spontanément et sans délai Fedris de tout fait pouvant modifier mon droit aux indemnités;
 - 3 fournir à Fedris, dans les 14 jours suivant chaque demande, un certificat de vie ou un acte d'état civil délivré selon les modalités prescrites;
 - 4 informer Fedris lorsque je change d'adresse.

Fait à _____ le (JJ.MM.AAAA) ____ . ____ . ____

Votre signature

La signature de l'éventuel(le) cotitulaire

VOLET 2: à compléter par l'organisme financier auprès duquel vous avez ouvert le compte à vue précité

Je, soussigné(e), déclare au nom de l'organisme financier ci-dessous qu'il accepte de payer les indemnités de Fedris versées sur le compte du (des) signataire(s) du présent document conformément aux conditions de la convention qu'il a conclue avec Fedris, et certifie avoir vérifié la conformité de la signature du (des) titulaire(s).

Fait à _____ le (JJ.MM.AAAA) ____ . ____ . ____

Cachet officiel de l'organisme financier

Signature(s) au nom de l'organisme financier