

DEMANDE DE RÉSILIATION DE L’AFFILIATION

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

Je soussigné(e) (nom et prénom)* :

Numéro d'affiliation* : _____ - ____

ou numéro de registre national* : _____ - _____

Déclare que je souhaite mettre fin à mon affiliation à la Sécurité Sociale d’Outre-Mer.

Le **dernier mois** d'affiliation est* :

Veillez me faire parvenir une attestation de fin d'affiliation :

Via mon e-box**

Par e-mail :

Par la poste :

Rue : N° : Bte :

Code postal : _____ Localité : Pays :

Le motif de la résiliation de mon affiliation est :

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

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

Autres :

Fait à

le ____/____/____

Signature*

(*) Champ obligatoire

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