



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Contactpersonen :
Anda Martens

Telefoon :
02/509 30 85

email :
periodiekeuitkeringen-osz@onssrszls.fgov.be

Document, degelijk ingevuld en ondertekend terug te sturen naar de Dienst.

Ik die teken,

verklaar dat mijn beroepsactiviteit vanaf

geschorst is om wille van ziekte / ongeval / zwangerschap (*).

Mijn bezoldiging nam een einde op (datum).

Ik geef de Dienst de toelating deze verklaring te controleren, vooral bij de Administratie der Directe Belastingen.

Bewust van het feit dat een valse of onvolledige verklaring tot boetes of gevangenisstraffen kan leiden overeenkomstig de bepalingen van het K.B. van 31 mei 1933 betreffende de verklaringen te doen i.v.m. subsidies, vergoedingen en toeslagen van elke aard die, geheel of gedeeltelijk, ten laste zijn van de Staat, BEVESTIG IK OP DE EER DAT DEZE VERKLARING OPRECHT EN VOLLEDIG IS.

Ik verbind mij er toe de Dienst onmiddellijk kennis te geven van iedere wijziging van mijn nationaliteit of burgerlijke stand, evenals van elke hervatting van beroepsactiviteit.

Gedaan te op

(handtekening)

(*) schrappen wat niet past