



Tél. : (02) 529.39.73 • info@ssc.fgov.be

À remplir à chaque demande
en lettres majuscules

Avez-vous fait appel à un service de **médiation de dettes** ou êtes-vous en RCD ? ☐ Oui ☐ Non

Indiquez les coordonnées du médiateur :

(1) Une femme mariée indiquera son nom de jeune fille.

Remplir s'il s'agit d'un compte à l'étranger

Au cours des 18 derniers mois, avez-vous été malade + de 1 mois ? ☐ Oui ☒ Non

Précisez la période du [] au []

4. COMPOSITION DU MÉNAGE

| PARTENAIRE | | | | | |
|------------|--------|-------------------|-----------|--------------------------|--------------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance | Employeur | Handicap ou invalidité | Pensionné |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| ENFANTS DANS LE MÉNAGE | | | | | | | |
|------------------------|--------|-------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance | Garde alternée | Allocations familiales | Revenus propres | Etudiant | Handicap |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| AUTRES COHABITANTS DANS LE MÉNAGE | | | | | |
|-----------------------------------|--------|-------------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|
| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Revenus propres | Handicap |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | □ □ □ □ □ □ □ □ | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. ASSURANCES ET MUTUELLE

● À quelle **mutuelle êtes-vous affilié.e** ?

● Avez-vous souscrit à une **assurance hospitalisation** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme :

 Bénéficiaires :

 Au cours des 18 derniers mois, avez-vous été hospitalisé.e : ☐ Oui ☐ Non

● Avez-vous souscrit à une **assurance ambulatoire** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme :

 Bénéficiaires :

 ● Avez-vous souscrit à une **assurance dentaire** ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui : Nom de l'organisme :

 Bénéficiaires :

Je soussigné(e) : Nom :

Prénom :

déclare sur l'honneur que les renseignements donnés dans ce formulaire sont sincères et complets.

À , le □ □ □ □ □ □ □ □

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour l'établissement de votre qualité de bénéficiaire du SSC et déterminer une éventuelle intervention financière. Notre politique en matière de protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère se fonde sur le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 (aussi connu sous l'acronyme RGPD). Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, adressez-vous au SSC.

Signature