

Bureau Mechelen

Date:

Demande d'assimilation de maladie

Je, soussigné (e) _____

Né(e) à _____ le _____

Adresse : rue _____ n°. _____

N°postal. _____ commune _____

Affilié (e) à la caisse d'Assurances Sociales AVIXI, Zeutestraat 2 B, 2800 MECHELEN,

Sous le numéro national

Exerce l'activité indépendante de _____ jusqu'à la cessation pour cause de maladie.

Je déclare sur l'honneur que je n'ai exercé aucune activité professionnelle durant la période

du _____ au _____ et qu'aucune activité professionnelle n'a été exercée
durant cette période en mon nom ou pour mon compte, par une autre personne.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'Office National des Assurances Sociales pour
Travailleurs Indépendants tout changement qui pourrait intervenir dans ma situation.

D'autre part, je suis disposé(e) à me soumettre à un contrôle médical.

Fait à _____ le _____

Signature: _____

Niki Luyten
directeur

Johan Van Tittelboom
voorzitter