votre caisse d'assurances sociales

Date:

Demande d'assimiliation de maladie

Je, soussigné (e) _____

Né(e) à _____ le _____

Adresse : rue _____ n°. _____

N°postal. _____ commune _____

Affilié (e) à la caisse d'Assurances Sociales AVIXI, Hendrik Conscienstraat 1b, 2800 Mechelen

Sous le numéro national _____

Excerce 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: _____