



Identification du compte financier

Numéro de compte bancaire (IBAN) :

□□□□.□□□□.□□□□.□□□□.□□□□.□□□□.□□□□.□□□□.□□

BIC :

□□□□□□□□.□□□□ *Obligatoire si compte étranger*

Les versements sur le compte mentionné concernent :

Moi et toutes mes personnes à charge

Je suis concerné(e) par :

une gestion budgétaire

une faillite

un règlement collectif de dettes

une administration provisoire

Un enfant visé par un mandat de placement

Une personne à ma charge

- Joindre une copie du mandat

- 1 formulaire par personne

- 1 formulaire par enfant

Identification de la personne concernée

Nom et prénom : _____

Numéro de registre national : _____ - _____ . _____

Adresse e-mail : _____

Numéro de téléphone : _____

OBLIGATOIRE
numéro de registre national
ou
vignette du demandeur

A compléter si le compte est ouvert au nom d'une autre personne

Nom et prénom : _____

Adresse : _____

Lien de parenté / qualité (CPAS, administrateur, ...) : _____

Joindre une copie de la décision qui vous désigne en cette qualité

Document permettant le remboursement des prestations de soins, des avantages complémentaires, de l'allocation d'aide aux personnes âgées (APA) et des indemnités d'incapacité de travail éventuelles. Il vous appartient de nous informer de toute modification (fermeture, changement, etc) dans les plus brefs délais. **Attention : ce document ne concerne ni les domiciliations bancaires, ni les contrats d'assurance (hospitalisation, ...)**

Je certifie que ces informations sont sincères et véritables et **je joins la copie de ma carte d'identité**. La personne à charge de plus de 18 ans signe et joint également sa copie de carte d'identité.

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

