

Renonciation à la récupération d'un montant indu en soins de santé.

Demande de renonciation

I. Identification du bénéficiaire

Nom (en majuscules) et prénom:

Adresse:

Numéro du Registre national:

Mutualité:

Qualité:

Si vous avez la qualité de personne à charge, veuillez mentionner ci-dessous les données du titulaire:

Nom (en majuscules) et prénom:

Adresse:

Numéro du Registre national:

II. Composition de votre ménage

Personnes cohabitantes:

1.
2.
3.
4.
5.

III. Revenus bruts imposables de votre ménage

Veillez mentionner ci-dessous la totalité de vos revenus bruts imposables (c. à d. avant toute déduction ou réduction) et ceux de votre ménage. Veillez joindre les pièces justificatives nécessaires (fiche de salaire récente, talon de pension récent, preuve de l'allocation de chômage ou de l'indemnité d'incapacité de travail, ...).

Vous devez joindre une copie de votre dernier avertissement-extrait de rôle des contributions directes relatif à vos revenus et aux revenus de **tous les membres** de votre ménage.

Nom	Nature des revenus	Employeur ou organisme payeur	Montant brut des revenus (EUR)
Total:			

IV. Mentionnez les raisons qui vous ont fait croire que vous avez droit au montant

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

V. Déclaration à signer par le bénéficiaire et les membres de son ménage

J'autorise la mutualité et les organes de contrôle de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité de vérifier l'exactitude de cette déclaration auprès de l'Administration des contributions directes.

Je m'engage à communiquer **immédiatement toute modification** de ma situation financière ou de la composition du ménage à ma mutualité.

Je suis conscient qu'une déclaration fautive ou l'utilisation de celle-ci, ou le non-respect de l'engagement de l'obligation d'information peut entraîner des poursuites pénales conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subsides, d'indemnités et de subventions et les sanctions administratives.

Je déclare sur l'honneur que la présente déclaration est exacte et complète.

Le titulaire
Nom et prénom:

Les cohabitants
Nom et prénom:

Date:

Signature

Date:

Signature(s)

Pour plus d'informations, vous pouvez contacter votre mutualité