

DONNÉES PERSONNELLES

Nom et prénom : -----

Date de naissance : □□ / □□ / □□□□

N° de registre national : □□□□□□ - □□□□ - □□

Adresse:

Tél. ou GSM: _____ / _____ E-mail : _____ @ _____

Le montant dû peut être versée, sous déduction des charges fiscales et sociales, sur **mon numéro de compte** :

IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□

BIC : □□□□□□□□

IMPORTANT

Après avoir dûment complété le document, je joins à celui-ci :

- une copie recto verso de ma carte d'identité (TOUJOURS) ;
- une photocopie de ma carte bancaire pour que le titulaire du compte sur lequel le montant de ma pension complémentaire sera versé soit clair (TOUJOURS)

Le formulaire complété, accompagné des annexes demandées, doit être envoyé à:

Par envoi postal:

Asbl Sefocam
Boulevard de la Woluwe 46 bt. 7
1200 Bruxelles

OU

Par courriel:

helpdesk@sefocam.be

Signature du bénéficiaire,

Date : □□ / □□ / □□□□