

Je soussigné (e) :

Nom : _____
Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / _____
Numéro national : * _____ - _____ - _____ *
Rue et n° : _____
Code postal et commune : _____
N° de téléphone : _____ / _____
Adresse e-mail : _____ @ _____

OU
APPOSEZ UNE VIGNETTE

Certifie par la présente qu'à partir de ce jour les **paiements d'indemnités d'incapacité de travail** qui me sont dus sont à effectuer sur mon numéro de compte bancaire suivant :

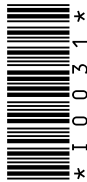
IBAN : _____ - _____ - _____ - _____

BIC : _____

Signature : _____

Date : ____ / ____ / _____

Veuillez compléter votre signature de la mention manuscrite « Lu et approuvé »



Pour un traitement plus rapide, renvoyez-nous ce formulaire dûment complété via l'onglet « [envoyer un formulaire](#) » de votre guichet en ligne « [MySymbio](#) ». Dans ce cas, l'original n'est plus nécessaire.