

ANNEXE 5: FORMULAIRE INAMI - SI OUVRIERS MINEURS

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

Service des indemnités – Ouvriers mineurs
Guffenslaan 33
3500 Hasselt

Vos références:

Nos références : P/606/

Concerne: Pension d'invalidité

Nom et prénom :

Date de naissance :

Domicile :

A. Octroi de la pension d'invalidité

Numéro de dossier	Montant mensuel de la pension	A partir du	Remarques

B. Révision de la pension prenant cours dans les 6 premiers mois de l'invalidité.

Numéro de dossier	Montants révisés	A partir du	Raison de révision

C. Refus de la demande de pension d'invalidité ou retrait de la pension d'invalidité pour cause de capacité de travail ou d'autorisation de pension de retraite.

Numéro de dossier	Motif de refus	Motif de retrait	Début de retrait

Date :

Le chef de service,