



**4. Renseignements concernant l'affiliation de l'assuré principal et de son conjoint**

Pendant l'exercice précédent, quels sont les revenus sur base desquels vous cotisez à une caisse de maladie régie par le code de la sécurité sociale? (*prière de cocher la ou les cases correspondantes*)

ASSURE PRINCIPAL	CONJOINT
------------------	----------

**Activité professionnelle**

-salarée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-indépendante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-agricole	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bénéficiaire de pension**

**REGIME CONTRIBUTIF**

CNAP, RMG, Dommage de guerre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------	--------------------------	--------------------------

**REGIME NON CONTRIBUTIF et AUTRES**

Etat ou Etablissement public	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caisse de prévoyance des fonctionnaires et employés communaux	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CFL	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Je certifie avoir pris connaissance du fait que de faux renseignements ou la non-réponse aux questions figurant sur la présente demande menant à l'allocation ou la continuation du paiement de prestations non-dues, donnent lieu à la restitution des montants en question, sans préjudice des sanctions pénales prévues par la loi.

Les soussignés confirment avoir fait ces déclarations en âme et conscience et s'engagent à fournir tous les changements pouvant les modifier.

\_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_ 20\_\_

\_\_\_\_\_  
*signature du demandeur*

\_\_\_\_\_  
*signature du conjoint*