



**Pensions de réparation
Demande pour aggravation**

Date :

Réf. :

Le présent formulaire permet d'introduire une demande pour aggravation

A remplir en bleu foncé ou en noir

La/Le soussigné(e) :

Né(e) le : / /

Habitant à :

Numéro de téléphone : e-mail :

Numéro de la matricule : - Unité :

Numéro national : - -

Qualité :

demande l'aggravation pour la (les) lésion(s) ou affection(s) suivante(s) :

1.
2.
3.
4.
5.

En annexe certificat(s) médical(aux) justifiant ma demande.

Je certifie sur l'honneur que la présente déclaration, comportant une page, est complète et sincère.

Fait à, le

signature

La demande et les certificats médicaux ne peuvent pas être des photocopies et doivent être envoyés ensemble **par lettre recommandée** à l'adresse reprise ci-dessous.

00303 01.20 03/03

Service fédéral des Pensions (SFP) – Pensions de réparation
Contact Center - Tour du Midi - Esplanade de l'Europe 1 - 1060 Bruxelles

numéro spécial pensions : 1765 (gratuit)

tél de l'étranger : +32 78 15 17 65

www.sfpd.fgov.be – cc.fr@sfpd.fgov.be

