

**À RENVOYER À :**

Service fédéral des Pensions
Cellule Victimes de guerre et de terrorisme
Tour du Midi
Esplanade de l'Europe 1
1060 BRUXELLES
BELGIQUE

Demande de révision de la pension pour aggravation de lésions ou d'affections

Votre demande dûment complétée et signée doit être accompagnée des certificats médicaux requis et renvoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

1 Vos données personnelles :

- Nom de naissance et prénom :
- Numéro du Registre national (il figure au verso de votre carte d'identité) :

□□ . □□ . □□ - □□□□ . □□

- Numéro de téléphone (facultatif) :
- Adresse e-mail (facultatif) :
- Adresse de résidence (si différente de l'adresse reprise au Registre national) :
Rue n° :
- CP LOCALITE :

Uniquement si vous résidez à l'étranger et que vous ne connaissez plus votre numéro bis, remplissez les données ci-dessous de manière correcte et complète :

Date de naissance : □□ . □□ . □□□□

Rue n° :

CP LOCALITE :

PAYS :

Nom de naissance et prénom de votre conjoint :

2 Indiquez ci-dessous les lésions ou affections pour lesquelles vous demandez une révision.

Pour chaque lésion ou affection, joignez le certificat médical original justifiant votre demande !

1

2

3

4

Déclaration sur l'honneur

Je déclare que les renseignements fournis sont exacts et complets.

En introduisant la présente demande, j'autorise explicitement le Service fédéral des Pensions à demander tous les renseignements nécessaires me concernant à tout organisme officiel belge ou étranger.

Fait à (lieu) : ; le (date)

Signature :

Nom et prénom :

Cette demande doit obligatoirement être signée par le requérant ou par son représentant si :

- un administrateur provisoire a été nommé. Dans ce cas, joignez une copie du jugement.
- il y a impossibilité médicale de signer. Dans ce cas, joignez un certificat médical.