

**DEMANDE DE RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DROIT AU COMPLEMENT DIFFERENTIEL
EUROPEEN DANS L'ÉTAT DE RÉSIDENCE DES MEMBRES DE LA FAMILLE**

Afin de nous permettre de déterminer le droit à un complément différentiel international, nous vous saurions gré de bien vouloir nous indiquer les informations suivantes :

N° d’Affilié de l’Employeur:

Allocataire :

Nom :

Prénom(s) :

Numéro AVS:

Date naissance:Lieu de naissance :

Adresse complète :
.....

1. Conjoint (ancien conjoint) ou autre(s) personne(s) dont il faut vérifier le droit à des prestations familiales dans le pays de résidence des membres de la famille :

Nom :

Prénoms :

Date naissance :

Numéro d’assurance ou d’identification :

Adresse complète :
.....

Lien de parenté avec les membres de la famille :

2. Membres de la famille (enfants):

Nom :

Prénoms :

Date naissance :

Numéro d’assurance ou d’identification :

Lieu de résidence :

Lien de parenté :

Membres de la famille (enfants):

Nom :

Prénoms :

Date naissance :

Numéro d’assurance ou d’identification :

Lieu de résidence :

Lien de parenté :

Membres de la famille (enfants):

Nom :
Prénoms :
Date naissance :
Numéro d'assurance ou d'identification :
Lieu de résidence :
Lien de parenté :

Membres de la famille (enfants):

Nom :
Prénoms :
Date naissance :
Numéro d'assurance ou d'identification :
Lieu de résidence :
Lien de parenté :

**Nous attirons votre attention sur le fait que le formulaire doit être totalement complété.
A défaut, nous ne pourrons pas effectuer de demande d'informations à l'institution du
pays de résidence des membres de la famille.**

Date et lieu : Signature :