

**Convention sur la sécurité sociale entre le Royaume de Belgique et l'Etat d'Israël
/ Convention on social security between the Kingdom of Belgium and the State of Israel**

Attestation concernant les périodes d'assurance - / Certificate of the insurance periods -

**Application de l'article 24 de la Convention et de l'article 16 de l'Arrangement administratif
/ Application of article 24 of the Convention and of article 16 of the Administrative
Arrangement**

*A. A remplir par l'organisme compétent en matière d'allocations familiales
To be filled out by the competent child benefits agency*

1. La personne assurée / Insured person:

Nom et prénoms / Name and first name¹

.....

Date et lieu de naissance / Place and date of birth

.....

Nationalité, sinon réfugié reconnu ou apatride
Nationality, or recognized refugee or stateless person

.....

Numéro d'immatriculation en Israël
Registration number in Israel

.....

Numéro d'identification à la sécurité sociale en Belgique (NISS)
Identification number of Belgian social security (INSS)

.....

n° de dossier en Belgique / Belgian file number

.....

Etat civil / marié(e) / married
Civil status célibataire / single
 divorcé(e) / divorced
 séparé(e) / living separately
 veuf-veuve / widow(er)
 cohabitant / living together

Adresse / Address²

.....

.....

¹ Pour une femme indiquer le nom de jeune fille / For a woman, give maiden name

² Rue, numéro, code postal, localité, pays / Street, number, zip code, city, country

2. Période pour laquelle les renseignements sont demandés
Period for which information is asked

Nom et adresse de l'employeur / Name and address of employer¹

Nature de l'activité non salariée / Nature of self-employment

3. Organisme compétent qui a payé antérieurement les allocations familiales
Previous competent child benefits agency

Dénomination / Name

Adresse / Address¹

4. Organisme compétent qui paie actuellement les allocations familiales
Current competent child benefits agency

Dénomination / Name

Adresse / Address¹

Numéro de référence du dossier / Reference number of the file

- En cas de totalisation de périodes d'assurance, indiquez au point B.2. les différentes périodes
 If there is totalization of insurance periods, mention them in box B.2.

Date / Date

Cachet / Stamp

Signature / Signature

¹Rue, numéro, code postal, localité, pays / Street, number, zip code, city, country

*B. A remplir par l'organisme compétent qui a payé antérieurement les allocations familiales
To be filled out by the previous competent child benefits agency*

1. Nous certifions que la personne désignée au point A.1. a été assurée du au
We confirm that the person mentioned in box A.1 was insured from until

en (pays) / in (country)

Il/elle a droit / He/she is entitled

Il/elle n'a pas droit à des prestations familiales / He/she is not entitled to family benefits

Des prestations familiales lui ont été octroyées du au
He/she receives family benefits from until

Membres de la famille pour lesquels les prestations familiales ont été octroyées
Family members for whom the benefits were awarded

| | | | | |
|----------------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Nom et prénom | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Name and first name ¹ | ..... | ..... | ..... | ..... |

| | | | | |
|---------------------------|-------|-------|-------|-------|
| Lien de parenté | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Relationship ² | ..... | ..... | ..... | ..... |

| | | | | |
|-------------------|-------|-------|-------|-------|
| Date de naissance | ..... | ..... | ..... | ..... |
| Date of birth | ..... | ..... | ..... | ..... |

2. En cas de totalisation de périodes d'assurance, indiquez ici les différentes périodes.
If there is totalization of insurance periods, mention them below.

| | |
|-----------|------------|
| du / from | au / until |
| | |
| | |
| | |
| | |

Date / Date
.....

Cachet / Stamp

Signature / Signature
.....

¹ Pour une femme indiquer le nom de jeune fille / For a woman, give maiden name
² Fils, fille, frère, beau-fils, petite-fille, etc. / Son, daughter, brother, stepson, granddaughter etc.