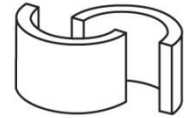


OFFICE NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE
INSTITUTION PUBLIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE

PLACE VICTOR HORTA 11 - 1060 BRUXELLES - TÉL. 02 509 59 59 - FAX 02 509 30 19 - Internet www.onss.fgov.be
Heures de visite : de 9 à 11 heures 30, ou sur rendez-vous tous les jours ouvrables sauf le samedi



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Assurés actifs
Pour les visites : Rue Joseph II 47 • BE-1000 BRUXELLES

Numéro de compte : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Correspondants :
Serge Prumont
Michel Juvenet
Didier Nys

Téléphone :
02/509 31 91
02/509 29 75
02/509 31 53

email :
affiliationsattestations-om@onssrszls.fgov.be

Déclaration de participation collective – Modèle 7

Reçu le:	Réservé à l'Office
	Numéro d'inscription : D <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/>
	RG <input type="checkbox"/> SDS <input type="checkbox"/> AT <input type="checkbox"/> VP <input type="checkbox"/>

LA SOCIETE :

Nom de la société ¹
Statut juridique Si société belge, numéro d'identification à la banque carrefour des entreprises
Secteur d'activité
Adresse du siège social de la société
Filiale d'une société avec siège social en Belgique Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	

Adresse de correspondance de la société ²
Nom de la personne de contact
Adresse mail ³
Numéro de téléphone de fax.....	

LA COUVERTURE SOCIALE :

Nous désirons participer en faveur de nos agents au **régime général** de la sécurité sociale d'outre-mer

à partir du (jour/ mois/ année)⁴

Nous désirons également souscrire l'/les assurance(s) complémentaire(s) suivante(s) :

Assurance Soins de santé

Formule **AC** **BC**

Assurance Accidents (remplir le formulaire "Assurance collective accidents du travail et de la vie privée")

Accidents du travail

Accidents de la vie privée

Nous désirons correspondre en : français néerlandais allemand

Nous nous engageons à porter immédiatement à la connaissance de l'ONSS, par écrit, tout changement relatif à cette demande.

Date :

Signature :

Envoyez ce formulaire complété et signé à l'ONSS DG VII,
Place Victor Horta 11 – 1060 Bruxelles.

¹Vos données sont traitées dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée (Loi du 08/12/1992). Vous pouvez consulter et rectifier vos données à tout moment. Celles-ci sont uniquement utilisées pour traiter votre demande.

²Cette adresse sera reprise pour l'ensemble des courriers concernant votre affiliation ainsi que pour les accusés de réception de vos paiements.

³En communiquant une adresse e-mail, nous autorisons l'ONSS à se servir des données transmises par le biais de cette adresse pour gérer le dossier collectif. Nous autorisons également l'ONSS à envoyer à cette adresse des informations relatives au dossier collectif.

⁴La date ne pourra pas être antérieure au premier jour du mois de réception par l'Office.