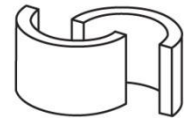


**OFFICE NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE**  
INSTITUTION PUBLIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE

PLACE VICTOR HORTA 11 - 1060 BRUXELLES - TÉL. 02 509 59 59 - FAX 02 509 30 19 - Internet [www.onss.fgov.be](http://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@onssrszls.fgov.be](mailto:affiliationsattestations@onssrszls.fgov.be)

## PROCURATION

Numéro d'immatriculation: E/       -

**JE SOUSSIGNÉ(E)<sup>1</sup>,**

Nom: ..... Prénom: .....

Adresse: .....  
.....  
.....

Date de naissance: .....

### DONNE PROCURATION À

Nom, prénom et qualité de la personne autorisée à représenter la personne juridique ou la société:

Adresse: .....  
.....  
.....

En communiquant une adresse e-mail, j'autorise l'ONSS à se servir des données transmises par le biais de cette adresse pour gérer mon dossier. J'autorise également l'ONSS à envoyer à cette adresse des informations personnelles relatives à mon dossier.

☎ : ..... Fax: ..... E-mail: .....

afin qu'il/elle obtienne de l'Office national de sécurité sociale, Place Victor Horta 11, 1060 Bruxelles, tous les renseignements personnels me concernant, qui sont nécessaires à la gestion correcte de mon dossier, et afin qu'il/elle agisse en mon nom.

Si vous le souhaitez, vous pouvez mentionner ci-dessous des aspects plus spécifiques de la procuration donnée.

.....

Cette procuration est valable:

pour une période indéterminée ou  pour une période de .....  
(Le mandant peut à tout moment révoquer la procuration donnée)

Tout le courrier n'ayant pas trait à la présente procuration continuera à être expédié à l'adresse communiquée dans la déclaration de participation à l'assurance.

Le mandant souhaite que tout le courrier soit expédié à l'adresse du mandataire.

Fait à ....., le .....

SIGNATURE

Veuillez envoyer ce formulaire en original et signé à l'ONSS – Sécurité sociale d'outre-mer, service "Assurés actifs".

.be

<sup>1</sup> Vos 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.