OFFICE NATIONAL DE SÉCURITÉ SOCIALE
INSTITUTION PUBLIQUE DE SECURITE 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 :	Téléphone :	email :
Serge Prumont	02/509 31 91	affiliationsattestations-om@onssrszlss.fgov.be
Michel Juvenet	02/509 29 75	
Didier Nys	02/509 31 53	

Modèle 4-E Déclaration de participation

Reçu le:	Réservé à l'Office
	Numéro d'inscription : ☐☐☐☐☐☐-☐ Dom. ☐
	RG ☐ SDS ☐ AT☐ VP☐

Volet A Données générales et choix des assurances.

1. MES DONNEES PERSONNELLES[1]

Nom : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Prénoms : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Date de naissance : |__||__||__||__||__||__||__| Nationalité : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Pays et lieu de naissance : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__| Sexe : ☐ M ☐ F

Numéro d'identification de la sécurité sociale (N.I.S.S.) : |__||__||__||__||__||__|/|__||__||__||__||__|

Etat civil : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) avec : ☐ Veuf ou veuve de : ☐ Divorcé(e) de : ☐ Séparé(e) de :

Nom : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Prénoms : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Date de naissance : |__||__||__||__||__||__||__| N.I.S.S. : |__||__||__||__||__||__|/|__||__||__||__||__|

2. MON ACTIVITE PROFESSIONNELLE

Exercez-vous une activité professionnelle en dehors de l'EEE et de la Suisse à la date de début de votre participation?

☐ oui ☐ non

A compléter uniquement si vous exercez une activité professionnelle

Laquelle : …….. ☐comme indépendant ☐comme salarié

Dénomination et adresse de mon employeur : ..... ……

..... ……

Pays d'activité :..... ……

3. MA COUVERTURE SOCIALE

☒ Je désire participer au **régime général** à partir du |__||__||__||__||__||__||__||__| (jour/ mois/ année)

pour un montant de ☐☐☐☐,☐☐ **euros** (voir "Tarif des cotisations mensuelles")

A remplir UNIQUEMENT si vous n'êtes pas ressortissant d'un pays de l'E.E.E. ou de la Suisse.
Je choisis de participer en vertu de :

☐ l'article 15 (assurance vieillesse et décès, assurance maladie–invalidité, assurance différée des soins de santé)

☐ l'article 18 A (assurance vieillesse et décès, fonds de solidarité et de péréquation) ☐ l'article 18 B (assurance vieillesse et décès)

Si vous n'indiquez pas votre choix, l'article 15 s'appliquera par défaut.

☐ **Je désire également souscrire l'/les assurance(s) complémentaire(s) suivante(s)** :

☐ **Assurance Soins de santé** à partir du |__||__||__||__||__||__||__||__| (jour/ mois/ année)[2]

Concernant le stage d'attente de six mois qui peut être réduit ou supprimé, référez-vous à l'article 9 des conditions générales de l'assurance complémentaire individuelle «soins de santé».

☐ **Assurance Accidents**

Si vous désirez participer au seul régime général, vous pouvez directement passer au volet D

Volet B Assurance complémentaire Soins de santé

Correspondants : Sabine Beaussart 02 509 20 14 droitssoinssante-om@onssrszlss.fgov.be
Miche Houf 02 509 29 59

PERSONNES à CHARGE [1]

☐ conjoint(e) ☐ cohabitant(e) depuis ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (jour/mois/année)

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prénom:|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|__|

Lieu et date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| |__|__|__|__|

Sexe: ☐ M ☐ F Activité professionnelle exercée: ……..

Nom et adresse de l'organisme assureur précédent :

.....

☐ Enfants et petits-enfants

- Nom et Prénoms .....
  Lieu et date de naissance :.....
  Sexe: ☐ M ☐ F ☐ enfant ☐ petit-enfant
- Nom et Prénoms .....
  Lieu et date de naissance :.....
  Sexe: ☐ M ☐ F ☐ enfant ☐ petit-enfant
- Nom et Prénoms .....
  Lieu et date de naissance :.....
  Sexe: ☐ M ☐ F ☐ enfant ☐ petit-enfant
- Nom et Prénoms .....
  Lieu et date de naissance :.....
  Sexe: ☐ M ☐ F ☐ enfant ☐ petit-enfant

Si vous avez plus de 4 enfants ou petits-enfants à charge, vous pouvez mentionner les informations demandées sur une feuille séparée.

Nom et adresse de l'organisme assureur précédent des enfants ou des petits-enfants :
……

……

Pour les personnes à charge, les attestations suivantes doivent être transmises au service "soins de santé" :

Pour le(la) conjoint(e)

1. une attestation de votre dernière mutualité ou d'un autre organisme (belge ou étranger) similaire, sur laquelle figure la date à laquelle la couverture a pris fin ;
2. en cas d'interruption de carrière : le formulaire C62 de l'ONEM ;
3. le formulaire « Déclaration sur l'Honneur en matière de revenus afin d'être reconnu(e) comme personne à charge » (formulaire modèle8 ONSS- Sécurité sociale d'outre-mer) ;
4. un extrait de votre acte de mariage, légalisé par les autorités belges si le mariage n'a pas été célébré en Belgique.

Pour la personne cohabitante à charge

1. Les mêmes formulaires et attestations que pour un(e) conjoint(e) – points 1, 2 et 3
2. une déclaration des autorités locales attestant que vous cohabitez avec l'assuré depuis plus de 6 mois, sauf si vous êtes déjà inscrits officiellement depuis 6 mois comme cohabitants en Belgique.

Pour les enfants et petits-enfants

1. un acte de naissance légalisé par les autorités belges si l'enfant est né à l'étranger.
2. chaque année, une attestation scolaire ou une attestation de contrat d'apprentissage si les enfants ou petits-enfants ont plus de 18 ans et moins de 25 ans.
3. pour les petits-enfants: tout document attestant qu'ils sont réellement à charge.

L'ONSS se réserve le droit de procéder au contrôle relatif à tous les renseignements fournis.

Volet C Assurances complémentaires Accidents

1. Quelle assurance souhaitez-vous ?

☐ **Uniquement** une assurance «accidents du travail».

☐ Une assurance «accidents du travail» **et** une assurance «accidents de la vie privée».

2. **Quelle formule souhaitez-vous ?** (voir note «cotisations et indemnisations en cas d'accident»)

D ☐ E ☐ F ☐ G ☐ H ☐ I ☐ X ☐

*3. **A quelle date l'assurance doit-elle prendre cours** (au plus tôt le jour suivant l'envoi de votre demande) ?*
|__||__||__||__||__||__||__||__| (jour, mois, année)

L'ENTREPRISE DANS LE PAYS OÙ VOUS TRAVAILLEZ

4. Quelle est l'activité de l'entreprise ? ……

5. A quelle distance de l'entreprise y a-t-il :

- un médecin:…… km ?
- une polyclinique:…… km ?
- un hôpital: …… km ?

6. *Par quel moyen de transport une victime est-elle emmenée à l'hôpital ?* ……

VOTRE TRAVAIL

7. Donnez une courte description de votre travail :

……

8. Donnez une courte description de la région dans laquelle vous travaillez (ville, campagne, zone industrielle, état des routes…)

……

9. Que faites-vous comme type de travail ?

☐ **surtout du travail administratif ou intellectuel** :

☐ exclusivement dans un bureau ou

☐ parfois ☐ souvent > ☐ dans un atelier, ☐ sur un chantier ou ☐ en usine (plusieurs réponses possibles)

☐ autre……..

☐ **surtout du travail manuel** (plusieurs réponses possibles).

- ☐ avec les machines suivantes : ……
- ☐ comme chef d'équipe travaillant parfois avec celle-ci.
- ☐ comme conducteur de voiture ou de camion.
- ☐ dans un laboratoire. ☐ autre……..

10. Quel moyen de transport utilisez-vous principalement dans le pays où vous travaillez ?

☐ l'avion ☐ l'hélicoptère ☐ les transports en commun ou le taxi ☐ la voiture ☐ autre……..

11. Votre travail présente les risques particuliers suivants :

☐ Travail à bord d'un navire en qualité de membre d'équipage ; ☐ Arrimage ; ☐ Dragage ; ☐ Essai de bateau en mer ;
☐ Travaux sur des plates formes pétrolières off et on shore ; ☐ Travaux sous l'eau – plongée sous-marine ;
☐ Exploitation de chemins de fer ; ☐ Secteur de l'armement ; ☐ Secteur de la sécurité (garde du corps, installations) ;
☐ Secteur de la sécurité (garde du corps, installations) ;
☐ Fabrication ou utilisation de cartouches, fusées, dynamite, nitroglycérine, explosifs et produits azotés ;
☐ Construction et réparation de tunnels, ponts, barrages et batardeaux ;
☐ Extraction et raffinage de combustibles gazeux ; ☐ Travaux dans des fabriques chimiques ;
☐ Travaux dans des mines souterraines ;
☐ Travaux dans des carrières avec usage d'explosifs ; ☐ Entreprises de transport aérien
☐ Travaux exécutés en hauteur (tours, clochers, bâtiments de plus de 30 m, ou similaires) ;
☐ Usage d'avions bimoteurs et de monomoteurs petits porteurs, hélicoptère ou U.L.M. ; ☐ Sauts en parachute.

Volet D Adresse de correspondance et choix de la langue de traitement de votre dossier

4. MON ADRESSE DE CORRESPONDANCE[3]

Adresse :.....

.....

.....

Numéro de téléphone : …… Mon adresse électronique[4] : :……..…

Je souhaite correspondre en : ☐ français ☐ néerlandais ☐ allemand

La confirmation de votre participation ainsi que les éventuels contrats souscrits vous seront envoyés à votre adresse mail. Si vous désirez que ces documents vous parviennent par un autre biais, veuillez cocher ci-dessous :

☐ par mon adresse mail et à mon adresse de correspondance

☐ Uniquement à mon adresse de correspondance

Volet E Clauses particulières, date et signature.

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'ONSS – sécurité sociale d'outre-mer, par écrit, tout changement relatif à cette demande (situation professionnelle, adresse de correspondance ou e-mail,…)

Je m'engage aussi à communiquer, avant qu'elle se produise, la DATE DE FIN DE MA PARTICIPATION.

Je désire donner procuration a un tiers pour gérer mon dossier en mon absence. Je complète le volet F page suivante

Je désire payer mes cotisations : ☐ d'initiative

☐ par le biais d'une domiciliation bancaire. Je complète le volet G page suivante

Date et signature du souscripteur

Envoyez ce formulaire complété et signé par mail aux adresses reprises en début de formulaire ou par courrier postal à l'ONSS DG VII, Place Victor Horta 11, 1060 Bruxelles.

[1] 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.

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

[3] Cette adresse sera reprise pour l'ensemble des courriers concernant votre affiliation.

[4] 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. **Les accusés de réception de vos paiements seront envoyés à cette adresse e-mail sauf avis contraire de votre part**.

Volet F Procuration.

JE SOUSSIGNÉ(E)[1],

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prénom:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__|

DONNE PROCURATION À

Nom : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Prénom:|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Qualité : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| de la personne autorisée à représenter la personne juridique ou la société

Adresse :…….. ..... ……

..... ……

☎ : ..... Fax: ..... E-mail[2]: ....

afin qu'il/elle obtienne de l'ONSS- Sécurité sociale d'outre-mer, 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 .....

Date et signature

[1] 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.
[2] 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.

Volet G **Mandat de domiciliation européenne SEPA CORE (Créancier : BE 10 ZZZ 020 673 69 89)**

L'assuré: Nom : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Prénom: |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Date de naissance (jj/mm/aaaa) : |__||__|/|__||__|/|__||__||__||__|

Numéro d'immatriculation : |__||__||__||__||__||__||__||__|

Le titulaire ou mandataire du compte[1]:

Nom : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Prénom : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Société : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Rue: |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|N°: |__||__||__| Boîte: |__||__|

Code Postal : |__||__||__||__||__| Localité : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Pays : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Autorise l'ONSS, à dater d'aujourd'hui et jusqu'à révocation expresse, à débiter, par prélèvement récurrent, toutes les cotisations dues à partir du compte à vue[2]

IBAN : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

BIC : |__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__||__|

Date et signature

---

1 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.

2 Vous bénéficiez d'un droit de remboursement par votre banque selon les conditions décrites dans la convention que vous avez passée avec elle. Vous devez introduire une demande de remboursement dans les 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.