



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service Assurés actifs

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

Correspondants :                      Téléphone :                      email :  
Serge Prumont                      02/509 31 91                      [affiliationsattestations-om@onssrszls.fgov.be](mailto:affiliationsattestations-om@onssrszls.fgov.be)  
Didier Nys                              02/509 31 53

## Vous affilier à titre collectif – mode d'emploi

**Vous désirez participer, à titre collectif, au régime de sécurité sociale d'outre-mer de l'ONSS. Quels sont les documents à compléter et à faire parvenir à l'Office ?**

### Pour la société (employeur):

- Si vous ne désirez participer qu'au seul **régime général**, vous complétez en ce sens le formulaire :  
 - **Déclaration de participation collective - Formulaire modèle 7**
- Si, complémentirement, vous désirez souscrire une **assurance complémentaire «soins de santé»** :  
 - **Veillez l'indiquer sur ce même formulaire**
- Si vous désirez également souscrire les **assurances complémentaires collectives «accidents du travail» et «accidents de la vie privée»** :  
 - **Le formulaire énoncé ci-dessus**  
 + **Proposition d'assurance collective «accidents du travail» et «accidents de la vie privée»**

(Il est possible de souscrire un contrat d'assurance complémentaire «accidents» sans souscrire un contrat d'assurance complémentaire «soins de santé» mais il n'est pas possible de souscrire un contrat d'assurance « accidents de la vie privée » sans souscrire le contrat d'assurance « accidents du travail ».)

### Pour chaque affiliation d'un membre du personnel :

- Si vous ne participez qu'au seul **régime général**, vous complétez le formulaire :  
 - **Déclaration de participation - Formulaire modèle 4-D**
- Si, complémentirement, vous avez souscrit une **assurance complémentaire collective «soins de santé»** :  
 - **Le formulaire ci-dessus**  
 + **Déclaration d'assurance complémentaire «soins de santé» - Formulaire modèle 10**  
 + **Si personnes à charge, déclaration sur l'honneur en matière de revenus Formulaire modèle 8**

► **Certains autres documents sont demandés par l'Office afin de permettre aux personnes à charge de l'employé de bénéficier de votre assurance complémentaire «soins de santé».**

Il vous est donc vivement recommandé de lire l'**Info – Personnes à charge**