



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

Correspondants :
Salima Ayadi

Téléphone :
02/509 26 86

email :
modificationsdedonnees-om@onssrszls.fgov.be

Déclaration de participation - Modèle 4-D

Numéro d'immatriculation: E/ [] [] [] [] [] [] - []

1. DONNEES PERSONNELLES DU TRAVAILLEUR²

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

Pays et lieu de naissance :

Nationalité : Sexe : M F

N° registre national. :

Etat civil :

Célibataire

Marié(e) avec :

Veuf ou veuve de

Divorcé(e) de

Séparé(e) de

Nom :

Prénoms :

Date de naissance :

N° registre national. :

2. L'EMPLOYEUR

Numéro de matricule: D/ [] [] [] [] - []

Nom de l'entreprise :

Nom de la personne de contact de l'entreprise :

Numéro de téléphone et fax :

Adresse électronique :

Pays d'activité de votre travailleur :

Activité professionnelle de votre travailleur :

3. L'ASSURANCE

Le travailleur participe au régime général dans le cadre d'une assurance collective

à partir du (mois/année)

Pour euros

(voyez le montant indexé du "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.

Pour toute question à ce sujet, veuillez prendre contact avec
Didier Nys ☎ +32 2 509 31 53
Michel Juvenet ☎ +32 2 509 29 75
Serge Prumont ☎ +32 2 509 31 91

Pour les ressortissants d'un pays de l'E.E.E. ou de la Suisse, l'article 15 sera d'application d'office.

Assurances complémentaires

Le bénéfice des assurances complémentaires ne peuvent prendre cours pour le travailleur avant la date de réception de cette déclaration de participation.

Si l'employeur a souscrit au contrat "soins de santé", il est nécessaire de compléter le formulaire Modèle 10, même si le titulaire n'a pas de personne à charge.

Le travailleur désire recevoir ses courriers personnels en :

- Néerlandais Français Allemand

L'employeur s'engage à communiquer **immédiatement** et par écrit à l'Office **toute modification** concernant cette demande de même que **par anticipation la fin de la participation** et à délivrer à son travailleur toutes les modalités concernant sa couverture à l'ONSS – Sécurité sociale d'outre-mer.

Date:

Signature de l'employeur :

Merci de retourner **l'original signé** de ce formulaire à :
ONSS – Place Victor Horta 11 – 1060 BRUXELLES

¹ En communiquant votre adresse électronique, vous autorisez l'Office à mettre à jour votre dossier en tenant compte des données transmises par cette adresse et à vous y écrire.

² 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 vos données à tout moment. Celles-ci sont uniquement utilisées pour traiter votre demande et ne sont pas communiquées à des tiers.