



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Actieve Verzekerden

Rekeningnummer : C.P. IBAN : BE56 6790 0735 1788 - BIC : PCHQBEBB

Contactpersonen :

Nicky Keppens

Alain Claessens

Telefoon :

02/509 29 79

02/509 20 52

email :

aansluitingenattesten-osz@onssrsz.fgov.be

DEELNEMINGSVERKLARING (MODEL 4 - D)

Inschrijvingsnummer: E/□□□□□□-□

1. PERSOONLIJKE GEGEVENS VAN DE WERKNEMER²

Naam:

Voornamen:

Geboortedatum:

Geboorteland en geboorteplaats:

Nationaliteit: Geslacht : M V

Rijksregisternummer:

Burgerlijke staat:

Vrijgezel

Gehuwd met

Weduwe of weduwnaar van

Echtgescheiden

Feitelijk gescheiden van

Naam:

Voornamen:

Geboortedatum

Rijksregisternummer:

2. DE WERKGEVER

Inschrijvingsnummer: D/ □□□□□-□

Naam bedrijf:

Naam contactpersoon voor dit formulier:

Telefoonnr. + faxnr:

E-mailadres:

Land van tewerkstelling van uw werknemer:

Beroepsactiviteit van uw werknemer:

Voorbehouden aan de Dienst

3. DE VERZEKERING

De werknemer neemt deel aan **de algemene regeling** onder de collectieve verzekering
vanaf (maand/jaar)
voor, **EUR**
(zie het geïndexeerd bedrag op het "Tarief van de maandelijkse bijdragen")

Alleen in te vullen indien uw werknemer GEEN onderdaan is van een land binnen de EER of van Zwitserland

Ik kies voor volgende verdeling onder de algemene regeling:

- artikel 15 (ouderdom en overleven, ziekte-invaliditeit, uitgestelde verzekering geneeskundige verzorging)*
 artikel 18 A (ouderdom en overleven, solidariteits- en perequatiefonds)
 artikel 18 B (ouderdom en overleven)

Indien u geen keuze hebt gemaakt, worden de bijdragen verdeeld volgens artikel 15.

Voor onderdanen van een EER-land of van Zwitserland worden de bijdragen verdeeld volgens artikel 15.

4. AANVULLENDE VERZEKERINGEN

Het voordeel van de aanvullende verzekeringen kan slechts ingaan voor uw werknemer na ontvangst van deze deelnemingsverklaring.

Indien de werkgever het contract "geneeskundige verzorging" heeft afgesloten, dan is het noodzakelijk het formulier 10 in te vullen, zelfs indien de titularis geen personen ten laste heeft.

De werknemer wenst persoonlijke briefwisseling te ontvangen in:

- het Nederlands het Frans het Duits

De werkgever verbindt er zich toe om **onmiddellijk alle wijzigingen** i.v.m. deze aanvraag, evenals **vooraf de einddatum van verzekering**, schriftelijk mee te delen aan de Dienst en aan zijn werknemer alle modaliteiten met betrekking tot zijn dekking bij de RSZ over te maken.

Datum:

Handtekening van de werkgever:

Zend dit **origineel getekend** formulier naar: RSZ – AD VII, Victor Hortaplein 11 – 1060 Brussel

² Uw gegevens worden volgens de geldende wet op de privacy behandeld (wet 8/12/1992). U kunt hiervan inzage en wijziging vragen. Ze worden uitsluitend gebruikt voor de afhandeling van uw aanvraag en worden niet doorgegeven aan derden.