



egasus vzw/asbl

INSCRIPTION D'UN EMPLOYE EXPATRIE A PEGASUS

IDENTITE

Nom ONG/Employeur :

Nom employé(e): Prénom :

N° de registre national/NISS (obligatoire):.....

Merci de nous transmettre une pièce d'identité au format PDF en cas d'absence de numéro NISS

Né le/...../..... à : Code Postal : Localité : Pays.....

Nationalité :

Sexe : M/F

Langue : FR/NL/Autre :

Adresse de domicile légal

Rue N°: Bte:

Code Postal : Localité : Pays :

Formation (donnée pour le bilan social)

Diplôme le plus haut obtenu : Université / Sup. non univ. / Secondaire / Primaire

Etat civil : Célibataire

Marié(e) depuis le .../.../.....

Veuf(ve)

Divorcé(e) depuis le .../.../.....

Séparé de fait

Cohabitant(e) Légal(e) depuis le .../.../.....

Composition de la famille

Nom	Prénom	Date de naissance	Statut/ lien de parenté	A charge fiscale (oui/non)	A charge SSOM (oui/non)

Données bancaires de l'employé(e)

Code IBAN :

Code BIC

(Ces 2 mentions sont **NECESSAIRES** pour tout paiement sur un compte dans l'Union Européenne.)



egasus vzw/asbl

Pays d'envoi:

ASSURANCES

➤ **SSOM** OUI NON

Numéro SSOM (si existe déjà) :

Montant régime général (pension /maladie-invalidité) * :..... à partir du...../...../.....

Art. 15 / 18a / 18b (entourer la mention correcte)

** Toute affiliation doit se faire impérativement au plus tard le jour ouvrable qui précède le 1^{er} jour du contrat. Toute désaffiliation doit être communiquée au plus tard le dernier jour ouvrable du mois en cours.*

L'affiliation à la SSOM via le contrat-groupe de Pegasus comprend obligatoirement les 4 postes suivants (montants mensuels au 01/03/2022, ces montants sont soumis à l'index) :

1-Régime général : au choix de l'employeur

3-Accident du travail= 38,20€

Entre minimum 380,33€ et maximum 2312,77€ (article 15)

2-Soins de santé = 65.56€

4-Accident Vie privée = 46,51€

(= montants mensuels)

➤ **ALLIANZ** (revenu partiel garanti en cas de maladie de plus de 30 jours) :

- **ressortissant** d'un État de l'EEE ou Suisse (avec affiliation à une sécurité sociale)

OUI

NON

OU

- **non ressortissant** d'un autre État de l'EEE ou Suisse** OU ressortissant européen **non affilié** à un système de sécurité sociale

OUI

NON

*** couverture étendue obligatoire pour les assurés qui ne peuvent bénéficier de l'assurance maladie-invalidité **SSOM** car non ressortissants d'un pays de l'EEE ou de la Suisse*

➤ **Expat & Co** (rapatriement et complémentaire soins de santé)

OUI à partir du/...../.....

NON

En cas de souscription, veuillez s'il vous plaît préciser :

Top Up Basic individuel

Top Up Basic famille

Full Cover Basic individuel

Full Cover Basic famille

Top Up Comprehensive individuel

Top Up Comprehensive famille

Full Cover Comprehensive individuel

Full Cover Comprehensive famille



egasus vzw/asbl

- Option Accidents* Basic individuel
- Option Accidents* Basic famille
- Option Accidents* Comprehensive individuel
- Option Accidents* Comprehensive famille
- Option Bagage* Basic individuel
- Option Bagage* Basic famille
- Option Bagage* Comprehensive individuel
- Option Bagage* Comprehensive famille
- Option RC Vie privée et RC Locataire* Basic individuel
- Option RC Vie privée et RC Locataire* Basic famille
- Option RC Vie privée et RC Locataire* Comprehensive individuel
- Option RC Vie privée et RC Locataire* Comprehensive famille

Pays d'origine du travailleur (où le travailleur sera rapatrié) :

Fait à:, le/...../.....

Nom et signature du représentant de l'ONG: