



Caisse de Secours et de Prévoyance en faveur des marins

Institution publique de sécurité sociale sous tutelle du Ministre des affaires sociales

Frankrijklei 81-83 – 2000 Antwerpen – tel 03 220 74 61 – www.hvkv.fgov.be

Heures d'ouverture : lundi, mercredi et vendredi : 9 :00 à 12 :00

mardi et jeudi : 9 :00 à 12 :00 et 13 :00 à 16 :00

Inscription à la CSPM

Date d'inscription :

Le personnel de la CSPM se tient à votre disposition pour vous aider à remplir ce formulaire.

Ces données sont nécessaires pour l'application de l'Arrêté Royal modifiant et coordonnant les statuts de la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins du 24.10.1992. En application de la loi du 8.12.1992 (protection de la vie privée), vous pouvez en prendre connaissance et, le cas échéant, en obtenir la rectification. Si vous souhaitez faire usage de cette faculté, veuillez vous adresser par écrit à votre office régional. Pour plus d'informations concernant le traitement de ces données, vous pouvez vous adresser à la Commission de la protection de la vie privée.

Données personnelles

Nom et prénom:.....
(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Date de naissance :..... **Lieu de naissance:**.....

Sexe : masculin féminin

Votre situation : marié(e) cohabitant(e) veuf(ve)
 séparé(e) de fait séparé(e) de corps divorcé(e)

Nationalité :.....

Numéro de registre national :.....
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Conjoint ou cohabitant :

Nom et prénom :.....
(nom de jeune fille pour femmes mariées)

Date de naissance :.....Lieu de naissance :.....

Numéro de registre national:.....
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Inscrit dans une mutuelle en qualité de : Titulaire Personne à charge

Adresse officielle :

Rue, numéro, boîte postale :.....

Code postal, commune, pays :.....

Numéro de téléphone :.....

Domicile :.....

Bureau :.....

Gsm :.....

Adresse e-mail:.....

Numéros de compte bancaire : *(IBAN + BIC + nom de la banque si vous résidez à l'étranger)*

Si c'est votre propre compte:.....

Si vous n'êtes pas titulaire de ce compte:.....

Nom et prénom du titulaire.....

Adresse de correspondance: *(si différente de l'adresse officielle)*

Personne de contact : (nom et prénom)

Rue, numéro, boîte postale :.....

Code postal, commune, pays :.....

Je demande mon inscription en qualité de :

(ne cocher qu'une seule case - vous pouvez contacter la CSPM pour vous aider à remplir ce formulaire)

- Marin
- Pensionné(e)
- Veuf (ve)
- Personne à charge

Personnes dont vous demandez également l'inscription explicite auprès de votre assurance maladie (CSPM) ¹

Époux / épouse : (remplir seulement si il/elle doit également être enregistré(e) par nos services)

Nom et prénom :
(nom de jeune fille pour femmes mariées)
Date de naissance :
Nationalité :
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Cohabitant : (remplir seulement si il/elle doit également être enregistré(e) par nos services)

Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Enfants à charge : (remplir seulement si il/elle doit également être enregistré(e) par nos services)

1.
Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

2.
Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

3.
Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

4.
Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Ascendants : (parents, grands-parents, ... vivant sous votre toit ET qui doivent également être enregistré auprès de nos services)

Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

Membres du ménage vivant à l'étranger :

Nom et prénom :
Date de naissance :
Nationalité :
Sexe : Masculin Féminin
Numéro de registre national :
(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

¹ Pour inscrire plus de personnes que prévu par ce formulaire, adressez-vous à la CSPM pour un document complémentaire

Votre mutuelle précédente - institution de sécurité sociale

Je déclare : *(cocher la case correcte)*

avoir été inscrit(e) à la CSPM comme personne à charge sous le N°:.....

avoir été inscrit(e) dans un autre organisme assureur (mutuelle) :*(coller une vignette de votre mutuelle ou remplir ce qui suit)*

.....
.....
.....

Nom, adresse et numéro d'agrément (3 chiffres) de cette mutuelle :

.....
.....
.....

En qualité de : Titulaire Personne à charge

Si vous êtes personne à charge : indiquer les coordonnées du titulaire à charge duquel vous étiez inscrit(e) :

Nom et prénom :

Numéro de registre national :

(indiqué au verso en haut à gauche de la carte d'identité)

avoir été soumis à un régime de sécurité sociale étranger

Dans quel pays ?

Nom de l'institution de sécurité sociale:.....

Adresse de l'institution de sécurité sociale:.....

Votre dernière activité exercée dans ce pays :

Date de fin de cette activité :

avoir été assujéti jusqu'au *(date J/M/A)* soit à un autre régime belge d'assurance 'soins de santé', soit à un régime d'assurance 'soins de santé' organisé par un pays mentionné en bas de la page¹, soit par un organisme de droit européen établi en Belgique.

Nom de l'organisme (assureur) :

Adresse de l'organisme (assureur) :

Numéro de téléphone de l'organisme (assureur) :

avoir été soumis(e) à la sécurité sociale belge mais n'avoir **jamais** été inscrit(e) à une mutuelle.

n'avoir jamais été soumis(e) à un régime de sécurité sociale.

Engagement

Je m'engage à faire connaître immédiatement à la CSPM, toute modification concernant l'adresse de contact, l'adresse à l'étranger, la composition de ménage, les questions de qualité, statut, et revenus.

(Veuillez apposer la mention « lu et approuvé », si vous n'avez pas rempli vous-même ce document)

Date :

Signature :

¹ Allemagne, Danemark, Pays-Bas, France, Grand-Duché de Luxembourg, Espagne, Portugal, Italie, Irlande, Royaume-Uni, Grèce, Finlande, Suède, Islande, Norvège, Liechtenstein, Autriche, Algérie, Turquie, Tunisie, Croatie, Bosnie-Herzégovine, Macédoine, Slovaquie, Serbie, Monténégro, la Suisse, Estonie, Lettonie, Lituanie, Tchèque, Slovaquie, Hongrie, Pologne, Chypre, Malte, Roumanie, Bulgarie