



Mod. 819

Données du Prestataire de Services Sociaux (PSS)

- PSS - personne physique
 PSS - personne morale

PROCURATION - DÉCLARATION RISQUE SOCIALE ACCIDENT DU TRAVAIL (PUBLIATO)

TRIMESTRE D’AFFILIATION

..... /

Données de l’employeur

N° d’entreprise : N° ONSS:

(1)* **A compléter lorsqu’il s’agit d’une entreprise – personne physique**

Je soussigné(e) - Nom : Prénom :

Domicilié(e) (domicile civil) à

Rue : Numéro : Boîte :

Code postal : Commune : Pays : agissant en mon nom propre.

**A compléter lorsqu’il s’agit d’une entreprise - personne morale
(association, société ou administration locale ou provinciale)**

La société / L’association (2)* / l’administration locale ou provinciale
dont le siège social est établi à (3)*

Rue : Numéro : Boîte :

Code postal : Commune : Pays :

représentée par, déclarée compétente à cet effet
par la loi ou par les statuts publiés dans les “annexes au Moniteur belge” du

Données du prestataire de services sociaux

N° d’entreprise :

(1)* **A compléter lorsqu’il s’agit d’une entreprise - personne morale
(association, société ou administration locale ou provinciale)**

La société / L’association (2)* / l’administration locale ou provinciale
dont le siège social est établi à (3)*

Rue : Numéro : Boîte :

Code postal : Commune : Pays :

représentée par, déclarée compétente à cet effet
par la loi ou par les statuts publiés dans les “annexes au Moniteur belge” du

B À compléter :
- les coordonnées du représentant légal de la personne morale de la partie A
ou
- les coordonnées personnelles s’il s’agit d’un PSS - personne physique

Nom : Prénom :

NISS :

Domicilié(e) (domicile civil) à

Rue : Numéro : Boîte :

Code postal : Commune : Pays : agissant en mon nom propre.

- A. Donne le mandat au prestataire de services sociaux précité, qui l'accepte, d'exécuter en son nom et pour son compte les formalités en matière de sécurité sociale.

Le mandat porte spécifiquement sur le cluster suivant (4)*:

Déclaration risque sociale accident du travail (Publiato)

- B. Confirme également que le mandataire précédent (si d'application) a été résilié correctement.
- C. Fait élection de domicile au siège du prestataire de services sociaux pour la réception de la correspondance et des communications émanant de l'Office afin que ce dernier puisse adresser valablement tous les documents au prestataire de services sociaux.
- D. Le mandat prend cours le 1^{er} jour du trimestre d'affiliation susmentionné.

Fait à , le 20

Pour l'employeur :

Nom et qualité (5)* : NISS (6)*

Lu et approuvé

Signature

Pour le PSS :

Nom et qualité (5)* : NISS (6)*

Lu et approuvé

Signature

REMARQUES IMPORTANTES :

Toutes les indications doivent être complétées en caractères d'ordinateur ou d'imprimerie. Les parties signataires doivent faire précéder leur signature de la mention manuscrite "Lu et approuvé".

- (1) Remplissez le cadre qui correspond au statut de votre entreprise.
- (2) Indiquer le nom et la nature juridique de la société : SA, SPRL, ...
- (3) A ne pas confondre avec le siège de l'entreprise, une succursale ou une antenne
- (4) Le fait de cocher le cluster implique que le PSS a accès au réseau électronique de la sécurité sociale ainsi qu'à l'infrastructure de base et aux logiciels nécessaires pour pouvoir gérer les obligations de l'employeur.
- (5) Mentionner la qualité : chef d'entreprise, administrateur, représentant légal, etc.
- (6) Comme indiqué dans la Banque-carrefour des entreprises