

DEMANDE D'AFFILIATION (*)

Vos données personnelles seront conservées uniquement en vue de leur utilisation éventuelle par les associations.

DONNÉES PERSONNELLES

Mlle M. Mme

PRÉNOM : _____ NOM : _____

LIEU ET DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) : _____ NATIONALITÉ : _____

ADRESSE : _____ N° : _____ Boîte : _____

CODE POSTAL : _____ LOCALITÉ : _____ PAYS : _____

N° DE TÉLÉPHONE FIXE : _____ N° DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____ E-MAIL : _____

LANGUE : anglais ou français

SÉCURITÉ SOCIALE ET COUVERTURE MÉDICALE Allianz Care Organisme local

NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL : (uniquement pour les citoyens belges) _____

IDENTIFIANT PENSION (voir fiche de pension) _____

CONJOINT ou PERSONNE À CONTACTER EN CAS D'URGENCE

PRÉNOM : _____ NOM : _____

LIEU ET DATE DE NAISSANCE (jj/mm/aaaa) : _____ NATIONALITÉ : _____

N° DE TÉLÉPHONE FIXE : _____ N° DE TÉLÉPHONE PORTABLE : _____ E-MAIL : _____

INFORMATIONS SUR L'EMPLOI À L'OTAN

DERNIER ORGANISME D'AFFECTATION : _____

DATE D'ENTRÉE EN FONCTION (jj/mm/aaaa) _____ DATE DE DÉPART À LA RETRAITE : _____

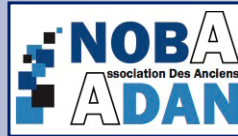
DOMAINE DE COMPÉTENCE : _____

RÉGIME DE PENSIONS

RÉGIME DE PENSIONS COORDONNÉ CAISSE DEPRÉVOYANCE DCPS AUTRE

S'IL VOUS AVEZ COCHÉ LA CASE « AUTRE », PRÉCISEZ : _____

(*) Pour remplir correctement le formulaire, veuillez vous reporter aux INSTRUCTIONS.



DEMANDE D'AFFILIATION

ASSOCIATION À LAQUELLE VOUS POUVEZ PRÉTENDRE VOUS AFFILIER :

ANARCP

ARO

AROF

ADAN

COTISATION ANNUELLE

Virement bancaire	Par l'intermédiaire de l'Unité Pensions (notre préférence)	Chèque (pour les membres de l'AROF seulement)
Modalités d'envoi du Bulletin du personnel de l'OTAN	Par courrier électronique	Par courrier postal (uniquement pour les membres de l'ARO)

VEUILLEZ ENVOYER LE FORMULAIRE COMPLÉTÉ À L'ADRESSE ADÉQUATE

Adresse postale (formulaire papier) ou Adresse de courrier électronique (formulaire scanné)

ANARCP	ANARCP (Affiliations) Branche Gestion des ressources humaines (HRM) Direction HRM 7010 SHAPE Belgique	anarcp@cnrca.nato.int
ARO	ARO Centre du personnel Siège de l'OTAN 1110 Bruxelles Belgique	aro-arns@cnrca.nato.int
AROF	CSO de la STO 7, rue Ancelle 92200 Neuilly-sur-Seine Cedex France	arof@cnrca.nato.int
ADAN	NSPA NOBA/ADAN Rue de la Gare 11 L-8302 Capellen Luxembourg	noba-adan@cnrca.nato.int

DATE (jj/mm/aaaa) :

SIGNATURE :

Vous serez recontacté(e) après vérification et validation des informations communiquées.

Votre affiliation vous permettra d'accéder au site web de la CNRCSA moyennant enregistrement et identification.

INSTRUCTIONS À SUIVRE POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DE DEMANDE D’AFFILIATION

Veillez remplir les champs le mieux possible. (* = champ à remplir obligatoirement)

Intitulé		Description
Prénom	*	Prénom sous lequel vous étiez enregistré(e) à l’OTAN.
Nom	*	Nom sous lequel vous étiez enregistré(e) à l’OTAN.
Date de naissance	*	Structure à respecter : jour/mois/année. Exemple : 05/12/1945. Cela vaut pour toutes les dates mentionnées dans le formulaire.
Nationalité	*	Nationalité reconnue par l’OTAN.
Langue	*	Langue à utiliser dans la correspondance.
Sécurité sociale/Couverture médicale	*	Organisme de sécurité sociale et/ou organisme assureur auprès duquel/ desquels vous pouvez faire valoir des droits. Il peut s’agir d’Allianz Care, d’un organisme local ou des deux.
N° de téléphone fixe et/ou n° de téléphone portable		Mentionner ces numéros en entier. Respectez les conventions applicables dans le pays s’agissant des numéros de téléphone, mais commencez par « + » (ou « 00 ») et l’indicatif du pays. Cela vaut pour tous les numéros de téléphone mentionnés dans le formulaire.
E-mail		Adresse e-mail valable. Seule une telle adresse vous permettra d’accéder au site web de CNRCSA
Numéro de registre national	*	À compléter uniquement par les candidat(e)s belges. Ce numéro figure sur votre carte d’identité.
Identifiant pension	*	Ce numéro figure sur votre fiche de pension.
Personne à contacter en cas d’urgence (médicale).		Informations relatives à la personne à contacter par le service compétent Il peut s’agir d’un parent proche, d’un ami ou d’un voisin.
Dernier organisme d’affectation	*	Nom de l’organisme OTAN auquel vous étiez affecté(e) au moment de votre départ à la retraite.
Régime de pensions	*	Cochez la case adéquate. Si vous cochez la case « Autre », veuillez fournir des informations claires sur le régime de pensions visé. Ne sélectionner qu’une seule option.
Domaine de compétence		Domaine dans lequel vous avez de bonnes connaissances, dont vous pourriez faire profiter l’association à sa demande.