

et vous représente

au QUOTIDIEN

Votre contact :

Service infos clients
081 32 07 05

Document à renvoyer à l'adresse cas@ucm.be
ou à l'adresse suivante :

Numéro national :

Numéro du dossier :

Référence à rappeler dans toute correspondance

Retrouvez l'espace UCM

le plus proche de chez vous sur UCM.be

CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM
Chaussée de Marche 637
5100 Wierde

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR OU PAR L'ORGANISME QUI GARANTIT LA COUVERTURE SOCIALE

Renvoyez ce formulaire à votre caisse d'assurances sociales UCM

Nom : Prénom :

Je déclare que le (la) nommé(e) :

Domicilié(e) à :

Est occupé(e) à notre service :

☐ En qualité de SALARIÉ ou d'AGENT DE L'ÉTAT

Depuis le :/...../.....

Du :/...../..... au/...../.....

Nombre d'heures prestées par l'intéressé(e) : /..... Nombre d'heures prestées pour un temps plein.

☐ En qualité d'ENSEIGNANT (enseignement du jour ou du soir)

Depuis le :/...../.....

Du :/...../..... au/...../.....

☐ Nommé : je déclare sur l'honneur que les prestations de l'intéressé(e) correspondent à 6/10ièmes au moins de l'horaire prévu pour l'attribution d'un traitement complet.

☐ Temporaire (indiquez l'horaire) :

Nombre d'heures prestées par l'intéressé(e) : /..... Nombre d'heures prestées pour un temps plein.

Est inscrit(e) à notre organisme :

☐ En qualité de CHÔMEUR INDEMNISÉ ET AUTORISÉ PAR L'ONEM (à titre accessoire ou à titre occasionnel)

Depuis le :/...../.....

Du :/...../..... au/...../.....

☐ En qualité de BÉNÉFICIAIRE DE L'ASSURANCE MALADIE INVALIDITÉ (tous les champs doivent être complétés)

Depuis le :/...../.....

Du :/...../..... au/...../.....

Avec une indemnité mensuelle s'élevant à €

Cette indemnité mutuelle découle : ☐ du régime salarié

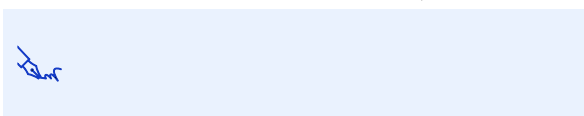
☐ du régime indépendant

Avec une incapacité de travail de%

Avec une autorisation du médecin conseil de la mutuelle pour exercer l'activité indépendante depuis le/...../.....

Fait à , le/...../.....

Signature :



Cachet de l'organisme :