

Votre contact : Service infos clients  
081 32 07 05

Document à renvoyer à l'adresse [cas@ucm.be](mailto:cav@ucm.be)  
ou à l'adresse suivante :

**Numéro national :**  
**Numéro du dossier :**  
Référence à rappeler dans toute correspondance

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

Retrouvez l'espace UCM  
le plus proche de chez vous sur [UCM.be](http://UCM.be)

## 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 :