

et vous représente

au **QUOTIDIEN**

Votre contact : Service infos clients  
081 32 07 05

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

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

Document à renvoyer à l'adresse [cas@ucm.be](mailto:cas@ucm.be) ou  
via votre [Espace client](#) ou à l'adresse suivante :

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) : ..... /..... (ex : 19h/38h ou 40h/40h).  
(indiquez vos heures prestées ET le nombre d'heures d'un équivalent temps plein dans votre entreprise)

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 :

Nombre d'heures prestées par l'intéressé(e) : ..... /..... (ex : 19h/38h ou 40h/40h).  
(indiquez vos heures prestées ET le nombre d'heures d'un équivalent temps plein dans votre entreprise)

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 ..... €

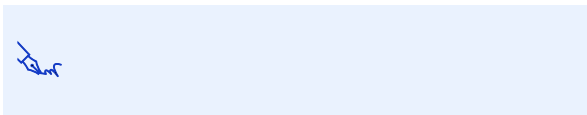
Cette indemnité mutuelle découle :  du régime salarié  du régime indépendant

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 :