

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

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

Retrouvez l'espace UCM

le plus proche de chez vous sur UCM.be

ATTESTATION À COMPLÉTER PAR L'EMPLOYEUR DE VOTRE CONJOINT OU PAR L'ORGANISME QUI LUI GARANTIT UNE COUVERTURE SOCIALE

Nom : Prénom :

Je déclare que le (la) nommé(e) : demeurant à :

Est occupé(e) à notre service

Depuis le ¹ :/...../..... (S'il s'agit d'un contrat à durée indéterminée)

Du ² :/...../..... au/...../..... (S'il s'agit d'un contrat à durée déterminée ou si la fin du contrat est déjà intervenue)

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

Je déclare sur l'honneur que le nombre d'heures de travail prestées par l'intéressé(e) est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail prestées par un travailleur occupé à temps plein dans mon entreprise (ou dans la même branche d'activité).

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).

☐ 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 ; merci d'indiquer l'horaire de l'intéressé(e) dans le point « TRAVAILLEUR SALARIÉ ».

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 d'une indemnité mensuelle payée dans le cadre de l'assurance maladie invalidité s'élevant à€ par an, pour une incapacité de travail de%.

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

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

☐ En qualité de TRAVAILLEUR INDÉPENDANT à titre principal

Je déclare sur l'honneur que celui-ci(elle-ci) est en ordre de paiement.

L'intéressé(e) a-t-il(elle) bénéficié d'une dispense ou d'une exonération/réduction de ses cotisations sociales ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, indiquez-la ou les périodes :

Fait à , le/...../.....

Signature :

Cachet de l'organisme :