

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

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(celle-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 :