

ATTESTATION
RELATIVE A L'ASSUJETTISSEMENT
A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE OBLIGATOIRE
(A remettre sans délai à votre organisme assureur)

Identification de l'employeur

Dénomination :
Rue : N° : Bte :
Code Postal : Localité :
Numéro O.N.S.S. :

Identification du travailleur

Nom :
Prénom :
Numéro de registre national : - -
Date de naissance : ... /... /.....
Rue : N° : Bte :
Code Postal : Localité :

La personne précitée est assujettie depuis le ... /... /..... à la Sécurité Sociale,

- secteur des soins de santé secteur des indemnités et des soins de santé

en application de la loi du 27/06/1969 révisant l'arrêté-loi du 28/12/1944 concernant la Sécurité Sociale des travailleurs, ou en application de l'arrêté-loi du 10/01/1945 concernant la Sécurité Sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

Prestations : Horaire complet Job étudiant
 Temps partiel Contrat d'apprentissage
 Saisonnier / Intermittent

Régime : Ouvrier Employé

Cachet de l'employeur :

Certifié sincère et véritable,

Date : ... /... /.....

Nom et signature de l'employeur :