

Attestation d'activité

(Art. 276, §2 de l'A.R. du 03/07/1996)

Identification de l'employeur

Dénomination _____

Adresse _____

Numéro ONSS _____

Attestation relative à l'assujettissement à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

A remettre sans délai à votre organisme assureur (mutualité ou office régional de la Caisse Auxiliaire).

Identification du travailleur

Nom _____

(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Prénom _____

N° registre national _____ Date de naissance ⁽¹⁾ _____

Adresse _____

La personne précitée est assujettie depuis le _____ à la sécurité sociale

- secteur soins de santé (*)

- secteur indemnités et 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
 Temps partiel
 Saisonnier/Intermittent

Régime Ouvrier
 Employé
 Agent des services publics
 Accueillant(e) d'enfants

Cachet de l'employeur

Certifié sincère et véritable

Date _____

Nom et signature de l'employeur

(*) Biffer la mention inutile

(1) A remplir uniquement lorsque le numéro du registre national n'est pas connu.