Place de la Reine 51-52 - 1030 BRUXELLES
Tél. 02 209 49 70 - E-mail: assurabilite@mutplus.be

Attestation relative à l'assujettissement à l'assurance maladie-invalidité obligatoire

Attestation à compléter par votre employeur et à remettre à votre mutualité

Identité de l'employeur :

Nom de la firme

Adresse du siège social - rue ***Nr.***

Code postal ***Commune ou ville***

Nr. O.N.S.S. au SPF Sécurité sociale

Identité du travailleur :

Nom

Prénom

Numéro de registre national (date de naissance, si numéro NISS est inconnu)

Rue ***Numéro*** ***Bte***

Code postal ***Commune ou ville***

Le soussigné, déclare que la personne précitée est assujettie depuis le :

à la sécurité sociale, ☐ ***secteur soins de santé (*)*** ☐ ***secteur indemnités (*);***

- ☐ en application de la loi du 27/06/1969 *révisant l'arrêté-loi du 28/12/1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs* ***(*)***.
- ☐ *en application de l'arrêté-loi du 10/01/1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés* ***(*).***

Cachet de l'employeur

Certifié sincère et véritable.

Nom et signature de l'employeur :

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

(*) Cocher la rubrique adéquate