BRABANT
LIBERALE MUTUALITEIT
gezond vertrouwen

Koninginneplein 51-52 - 1030 BRUSSEL
Tel. 02 209 49 70 - Fax 02 209 49 36 - Email: verzekerbaarheid@mut403.be

Verklaring van onderwerping aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Attest in te vullen door uw werkgever en terug te bezorgen aan uw ziekenfonds

Identiteit van de werkgever :

Naam van de firma

Adres van de maatschappelijke zetel - straat *Nr.*

Postcode *Gemeente of stad*

R.S.Z.-nummer bij de FOD Sociale zekerheid

Identiteit van de werknemer :

Naam

Voornaam

Rijksregisternummer (geboortedatum, indien RN-nummer niet is gekend)

Straat *Nummer* *Bus*

Postcode *Gemeente of stad*

Ondergetekende, verklaart hierbij dat voornoemde persoon sinds :

onderworpen is aan de sociale zekerheid, ☐ ***sector geneeskundige verzorging (*)*** ☐ ***sector uitkeringen (*);***

- ☐ *bij toepassing van de wet 27/06/1969 tot herziening van de besluitwet van 28/12/1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders* ***(*)***.
- ☐ *bij toepassing van de besluitwet van 10/01/1945 betreffende de maatschappelijke zekerheid van de mijnwerkers of ermee gelijkgestelden* ***(*).***

Stempel van de werkgever

Voor echt en waar verklaard.

Naam en handtekening van de werkgever :

Datum : . . / . . / . . . .

(*) Aankruisen wat past