

N° d'inscription de l'assuré(e) :

A COMPLETER PAR L'EMPLOYEUR

Identification de l'employeur

Dénomination :

Adresse :

.....

Numéro O.N.S.S. :

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

A remettre sans délai à votre organisme assureur (mutualité)

Identification du travailleur

Nom :
(nom de jeune fille pour les femmes mariées)

Prénom :

N° du 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.

Certifié sincère et véritable.

Date : du ... / ... /

Nom et signature de l'employeur,

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

(*) biffer la mention inutile.

CACHET DE L'EMPLOYEUR.

Application de la loi relative à la protection de la vie privée (loi du 8.12.92 - Art. 4)

Les informations à caractère personnel qui vous sont demandées par l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) ou la Mutualité Solidaris sont nécessaires :

-pour établir vos droits au remboursement des soins de santé et au paiement des indemnités de maladie (loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée du 14.07.94) ;

-pour établir vos droits aux services ou activités organisés par elles (loi relative aux Mutualités et Unions Nationales du 6.08.90) ;

La loi sur la protection de la vie privée (8.12.92) accorde aux personnes que ces informations concernent, un droit d'accès et de rectification ;

Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée (loi du 8.12.92).