

Numéro national :
Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

[Découvrez le point de contact](#)
[le plus proche de chez vous via ucm.be](#)

Attestation à compléter par l'employeur de votre conjoint ou par l'organisme qui lui garantit une couverture sociale

(dans le cadre de votre demande d'exonération ou de réduction de cotisations sociales sur base de l'article 37 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967).

Je soussigné(e) _____
déclare que le (la) nommé(e) _____ demeurant à _____

Est occupé(e) en à notre service Depuis le ¹ ____ / ____ / ____
 Du ² ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

(1) S'il s'agit d'un contrat à durée indéterminée.

(2) S'il s'agit d'un contrat à durée déterminée ou si la fin du contrat est déjà intervenue.

En qualité de TRAVAILLEUR SALARIE ou d'AGENT DE L'ETAT

Je déclare sur l'honneur que le nombre d'heures de travail prestées par l'intéressé(e) est au moins égal à la moitié du nombre d'heures de travail prestées par un travailleur occupé à temps plein dans mon entreprise (ou dans la même branche d'activité).

Nombre d'heures prestées par l'intéressé(e) : ____ / ____ : Nombre d'heures prestées pour un temps plein.

En qualité d'ENSEIGNANT (enseignement du jour ou du soir).

NOMME ; je déclare sur l'honneur que les prestations de l'intéressé(e) correspondent à 6/10^{èmes} au moins de l'horaire prévu pour l'attribution d'un traitement complet.

TEMPORAIRE ; merci d'indiquer l'horaire de l'intéressé(e) dans le point « TRAVAILLEUR SALARIE ».

Est inscrit(e) à notre organisme

En qualité de CHOMEUR INDEMNISE ET AUTORISE PAR L'ONEM (à titre accessoire ou à titre occasionnel)

- Depuis le ____ / ____ / ____
- Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

En qualité de BENEFICIAIRE d'une indemnité mensuelle payée dans le cadre de l'assurance maladie invalidité s'élevant à _____ EUR par an, pour une incapacité de travail de _____ %.

- Depuis le ____ / ____ / ____
- Du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

En qualité de TRAVAILLEUR INDEPENDANT à titre principal

Je déclare sur l'honneur que celui-ci(celle-ci) est en ordre de paiement.

L'intéressé(e) a-t-il(elle) bénéficié d'une dispense ou d'une exonération/réduction de ses cotisations sociales ? oui non

Si oui, indiquez la ou les périodes : _____

CACHET DE L'ORGANISME

Date : le ____ / ____ / ____

Signature :