

ANNEXE 1 DÉCLARATION D'ASSUJETTISSEMENT À L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR :

NOM :

ADRESSE :

NUMÉRO BCE :

NUMÉRO ONSS :

DÉCLARATION D'ASSUJETTISSEMENT À L'ASSURANCE SOINS DE SANTE ET INDEMNITES

À remettre sans délai à votre mutualité.

IDENTIFICATION DU TRAVAILLEUR

NOM :

PRÉNOM :

N° DE REGISTRE NATIONAL :

DATE DE NAISSANCE :

RUE :

CODE POSTAL :

COMMUNE :

La personne susmentionnée est assujettie à la sécurité sociale, **secteur soins de santé/secteur indemnités et soins de santé (*)**, depuis le, en application de la loi du 27 juin 1969 révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs ou en application de l'arrêté-loi du 10 janvier 1945 concernant la sécurité sociale des ouvriers mineurs et assimilés.

Certifié sincère et conforme,

(*) biffer ce qui ne convient pas.