

Numéro national :

Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM
Chaussée de Marche 637
5100 Namur-Wierde

Découvrez le point de contact

le plus proche de chez vous via ucm.be

Droit passerelle en cas d'interruption forcée suite aux intempéries

Formulaire pour les demandes de juillet à septembre 2021

(Loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants)

Renvoyez cette demande par mail à l'adresse dpinondations@ucm.be

Partie 1 – Renseignements généraux sur le demandeur

A. Données d'identification

Nom : Prénom :

Numéro de registre national : . . - .

(voir votre carte d'identité)

Adresse de contact en Belgique (si différente de l'adresse légale) :

Rue : N° Bte.

Code postal : : Commune :

Adresse e-mail :

Tél. : +32/..... GSM: + 32/.....

N° du compte bancaire au nom de

IBAN BE : - - -

BIC :

sollicite par la présente le droit passerelle en cas d'interruption forcée

Starters et indépendants

B. Situation familiale

Avez-vous au moins une personne à charge (conjoint, cohabitant, parent, grand-parent, enfant, ...) ?

Non Oui

- **Attention** : Si OUI, vous devez faire remplir **l'attestation (annexe 2)** par votre mutuelle. Cette attestation est nécessaire pour obtenir la prestation majorée du droit passerelle.
- **Votre situation familiale change ?** Informez-en immédiatement votre caisse d'assurances sociales.

C. Situation socio-professionnelle

C.1. Activité professionnelle

Exercez-vous une activité professionnelle depuis la cessation ou l'interruption de votre activité d'indépendant ?

Non Oui, depuis

Etes-vous mandataire/associé actif d'une autre société que celle qui est déclarée en faillite ou celle qui est concernée par l'interruption forcée /la cessation ?

Non Oui , depuis
Nom de la société ;
Numéro d'entreprise (ou numéro de TVA)

Aviez-vous une activité salariée **dans le passé** ?

Non Oui, duau

- **Attention** : si Oui, veuillez faire compléter **l'attestation « Déclaration à compléter par l'ONEM » (annexe 1)** qui indiquera sur quelle base légale vous ne remplissez pas les conditions d'admissibilité de l'assurance chômage. Pour obtenir cette attestation, introduisez une demande d'allocations de chômage auprès de l'ONEM.

Starters et indépendants

C.2. Revenu de remplacement

Avez-vous perçu des allocations de chômage (sous n'importe quelle dénomination : allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.) **dans le passé ?**

Non Oui du..... AU

- **Attention** : si Oui, veuillez faire compléter l'**attestation « Déclaration à compléter par l'ONEM » (annexe 1)** qui indiquera sur quelle base légale vous ne remplissez pas les conditions d'admissibilité de l'assurance chômage. Pour obtenir cette attestation, introduisez une demande d'allocations de chômage auprès de l'ONEM.

Recevez-vous **actuellement** un revenu de remplacement (belge/étranger) ?

Non Oui : lequel ? (cocher la case correspondante)

- Allocations de chômage , sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
- Pension
- Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
- Autres (précisez) :

Avez-vous demandé un revenu de remplacement (belge/étranger) ?

Non Oui : lequel ? (cocher la case correspondante)

- Allocations de chômage , sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
- Pension
- Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
- Autres (précisez) :

Starters et indépendants

Partie 2 – Renseignements sur l'interruption forcée

Remplissez si vous avez été forcé d'interrompre ou de cesser votre activité indépendante suite à la situation suivante.

J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante suite à **une calamité naturelle (en ce compris les calamités agricoles)** du(date) au(estimation de la date de reprise).

- Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, photos et autres documents probants.
- **Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, les documents joints doivent démontrer que **l'indépendant aidé** est également victime de cette situation et a dû interrompre ou cesser son activité indépendante.

Partie 3 – Déclaration sur l'honneur

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir lu les informations jointes.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à signaler dans les quinze jours à ma caisse d'assurances sociales toutes modifications dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

Je suis au courant du fait que chaque déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom :

Prénom :

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

Signature :

Annexe 1

Attestation ONEM (requis uniquement si l'interruption est suivie d'une cessation définitive et officielle de l'activité)

DECLARATION A COMPLETER PAR L'ONEM

L'indépendant pourra bénéficier d'indemnités de droit passerelle en cas d'interruption forcée qu'à condition qu'il ne puisse pas **prétendre** à des revenus de remplacement tels que des allocations de chômage.

Par la présente, nous vous confirmons que :

Nom, prénom :

Rue :N° : bte :

Code postal :Localité :

Numéro national :

a introduit une demande d'allocations de chômage le/...../.....

qu'il peut prétendre à des allocations de chômage depuis le/...../.....

qu'il ne peut prétendre à des allocations de chômage pour le motif suivant :

.....
.....

Commentaires éventuels :

.....

CACHET DE L'ONEM

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

Signature du représentant de l'ONEM

Nom, Prénom, numéro national :

Cette attestation est délivrée à la demande l'intéressé pour les besoins de sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi du droit passerelle, sous réserve de remplir toutes les conditions conformément à la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.

Annexe 2

Attestation à faire compléter par la mutuelle

ATTESTATION CHARGE DE FAMILLE

Par la présente, nous vous confirmons que l'assuré social

Nom :

Prénom :

NISS (n° du registre national) : . . - .

est affilié auprès de notre organisation en qualité de titulaire depuis le

a au moins une personne à charge, au sens de l'article 123 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

Prénom	Nom	A partir de	Jusqu'au

n'a pas de personne à charge

CACHET DE LA MUTUELLE

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

Signature du représentant de la Mutuelle

Cette attestation est délivrée à la demande de l'intéressé pour les besoins de sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi du droit passerelle, sous réserve de remplir toutes les conditions conformément à la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.