

Numéro national :
Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

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

Document à renvoyer, à l'adresse suivante :

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

Demande d'assimilation pour cause de maladie

Je soussigné(e) _____
Domicilié(e) rue _____
N° _____ Code postal _____ Localité _____

Affilié(e) à la Caisse d'assurances sociales UCM
sous le numéro : _____ / _____ numéro national : _____ / _____ / _____

J'exerçais l'activité indépendante de _____ que j'ai cessée
le _____ / _____ / _____ pour cause de maladie/invalidité.

Je déclare sur l'honneur que je n'ai exercé/n'exercerai aucune activité professionnelle à partir
de cette date et qu'aucune activité professionnelle n'a été exercée/ne sera exercée, en mon
nom ou pour mon compte, par une autre personne.

**Je ne souhaite pas procéder à la radiation de mon numéro d'entreprise et de TVA en
personne physique car je reprendrai mon activité à la fin de mon incapacité.**

Je m'engage à porter immédiatement à la connaissance de l'Institut national d'assurances
sociales pour travailleurs indépendants tout changement qui pourrait intervenir dans ma
situation.

Enfin, je suis disposé(e) à me soumettre au contrôle médical prévu par la loi.

Signature :