

**Numéro national :**  
**Numéro du dossier :**

À rappeler dans toute correspondance

**Document à renvoyer, à l'adresse suivante :**

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

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

### Déclaration sur l'honneur pour les mandataires à titre gratuit pensionné

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_  
Domicilié(e) rue \_\_\_\_\_  
N° \_\_\_\_\_ Code postal \_\_\_\_\_ Localité \_\_\_\_\_  
Numéro d'affiliation : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Demande à ne plus être assujéti(e) en raison de la gratuité de mon mandat à partir du ...../...../.....**

En effet, je déclare sur l'honneur répondre à **TOUTES** les conditions requises, à savoir :

- l'exercice de mon mandat est gratuit ( preuve ci-dessous),
- je ne suis pas/plus rémunéré(e) d'une manière quelconque pour cette activité, ne bénéficie pas d'avantages en nature, ni de revenus immobiliers (ou autres) qui pourraient être requalifiés en revenus professionnels,
- l'activité que je déploie au sein de la société \_\_\_\_\_, se limite **exclusivement** à l'exercice de ce mandat ; je n'effectue donc aucune tâche technique ou autre relative à la réalisation de son objet I (exemple : en tant qu'associé(e)/actionnaire actif(ve), prestataire de services,...).

**Pour rappel, l'associé(e)/actionnaire actif(ve) dans une société de personnes est celui (celle) qui, indépendamment de son apport en capital, exerce dans la société une activité effective et régulière sans être lié(e) par un contrat de travail.**

Je n'ignore pas que l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (Inasti) se réserve le droit de vérifier la présente déclaration. Ainsi, des cotisations fortement majorées pourraient m'être réclamées s'il s'avérait, après contrôle de l'Inasti, que le contenu de ma déclaration n'est pas confirmé dans les faits.

Fait à ....., le ...../...../.....

Signature :

Si vous souhaitez à nouveau être rémunéré(e), n'oubliez pas de vous réaffilier auprès d'une Caisse d'assurances sociales.

#### ATTESTATION D'UN MEMBRE COMPETENT DE LA SOCIETE

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare sur l'honneur que l'activité exercée par \_\_\_\_\_ est exercée à titre gratuit depuis le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Signature :