

Votre contact :

Service infos clients
081 32 07 05

Numéro national :

Numéro du dossier :

Référence à rappeler dans toute correspondance

Retrouvez l'espace UCM

le plus proche de chez vous sur UCM.be

Document à renvoyer à l'adresse cas@ucm.be
ou à l'adresse suivante :

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

DÉCLARATION DE CESSATION À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE AIDÉE

Nom : Prénom :

☐ Je déclare sur l'honneur avoir cessé TOUTE collaboration avec mon aidant :

Mme/Mr : en date du/...../.....

☐ Je déclare que Mme/Mr : ne m'a jamais aidé dans mon activité indépendante.

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, qu'une activité indépendante a été exercée ou poursuivie.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

.....

