

Votre contact :

Service infos clients
081 32 07 05**Document à renvoyer à l'adresse cas@ucm.be
ou à l'adresse suivante :****Numéro national :****Numéro du dossier :**

Référence à rappeler dans toute correspondance

Retrouvez l'espace UCM

le plus proche de chez vous sur UCM.beCAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM
Chaussée de Marche 637
5100 Wierde

DEMANDE D'ASSIMILATION POUR CAUSE DE MALADIE

Nom : Prénom :

Domicilié(e) rue :

N° : Code postal : Localité :

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

N° de Registre national : (voir carte d'identité)

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

Déclare sur l'honneur que

- Je n'ai pas 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 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.
- ☐ 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.

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

Signature :

