

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 cis@ucm.be
ou à l'adresse suivante :**

CAISSE 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 :