

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

À rappeler dans toute correspondance

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

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

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

# Demande de report d'échéances à la suite de la crise des secteurs de la volaille, laitier et porcin

(note SPF Sécurité sociale 22 décembre 2020 P740-88/20/17)

## A renvoyer avant le 15 mars 2021

Une demande de report d'échéances peut être introduite par les indépendants qui éprouvent des difficultés financières à la suite de la crise des secteurs de la volaille, laitier et porcin et dont l'entreprise relève des codes NACE-BEL suivants : 0141, 01410, 0141001, 0141002, 0142, 01420, 0146, 01461, 01462, 0146201, 0147, 01471, 01472, 01479.

### 1. A compléter par l'indépendant

Je soussigné(e)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Siège d'exploitation : \_\_\_\_\_

Nom de l'exploitation : \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise : \_\_\_\_\_

Affilié(e) à la caisse d'assurances sociales sous le n° \_\_\_\_\_

- déclare avoir subi un préjudice direct et financier en raison de la crise des secteurs de la volaille, laitier et porcin.

**J'apporte en annexe les pièces justificatives suivantes :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- demande à bénéficier du report d'échéance des cotisations provisoires du 4<sup>ème</sup> trimestre 2020 et du 1<sup>er</sup> trimestres 2021 (excepté les régularisations afférentes à des périodes écoulées).
- sollicite la levée des majorations appliquées sur les cotisations provisoires du 4<sup>ème</sup> trimestre 2020 et du 1<sup>er</sup> trimestres 2021.

Je déclare avoir pris connaissance des **conséquences du non-paiement des cotisations sociales pour l'échéance** à savoir :

- la réclamation des **majorations** appliquées pendant l'année de report ;
- le **remboursement des prestations octroyées** (pensions, prestations de soins, indemnités de mutuelle, suivant le cas).

DATE : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

SIGNATURE :