

et vous représente

au QUOTIDIEN

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.be

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

ATTESTATION DE SOLIDARITÉ

Nous vous invitons à nous renvoyer cette attestation de solidarité complétée et signée. Elle a pour but de vous informer des règles de solidarité énoncées par l'article 15 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967.

« Le travailleur indépendant est tenu, solidairement avec l'aidant, au paiement des cotisations dont ce dernier est redevable ; il en est de même des personnes morales, en ce qui concerne les cotisations et l'amende administrative dues par leurs associés/actionnaires ou mandataires. ».

Vous êtes **mandataire ou associé(e)/actionnaire actif(ve)** au sein d'une société : faites compléter et signer le **Cadre 1** par un des mandataires de la société concernée.

Vous êtes **aidant(e)** d'un indépendant : faites compléter et signer le **Cadre 2** par l'indépendant aidé.

Cotisations sociales du mandataire, et/ou de l'associé(e)/actionnaire actif(ve)

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de mandataire de la société

☐ Déclare avoir pris connaissance de l'article 15 de l'arrêté royal n°38 du 27 juillet 1967

☐ Déclare que (nom et prénom) :

domicilié(e) à :

est ☐ associé(e)/actionnaire actif(ve) ☐ mandataire depuis le : / /

de la société (forme et dénomination juridique) :

sis(e) à :

Numéro de TVA ou d'entreprise :

Cotisations sociales de l'aidant(e) – Solidarité de l'indépendant(e) aidé(e)

Je soussigné(e) :

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

domicilié(e) à :

Numéro de TVA ou d'entreprise :

☐ Déclare par la présente avoir pris connaissance de l'article 15 de l'arrêté royal n°38 du 27 juillet 1967

☐ Déclare occuper en qualité d'aidant(e) (nom et prénom) :

N° de Registre national de l'aidant :-..... (voir votre carte d'identité)

domicilié(e) à :

Date de début de la collaboration : / /

Fait à , le / /

Signature :