

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 par voie recommandée
à l'adresse suivante :

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

DROIT PASSERELLE EN CAS D'INTERRUPTION OU DE CESSATION FORCÉE

Renvoyez ce formulaire à votre caisse d'assurances sociales UCM (par recommandé ou par dépôt dans un de nos Espaces UCM contre accusé de réception)

PARTIE 1 - RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX SUR LE DEMANDEUR

Données d'identification

Nom : Prénom :

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

Adresse de contact en Belgique

Rue : N° : Boîte :

Code postal : Localité :

E-mail : Tél. : GSM :

IBAN : BIC :

N° du compte bancaire au nom de

☐ Je sollicite par la présente le droit passerelle en cas d'interruption ou de cessation forcée

Situation familiale

Avez-vous au moins une personne à charge (conjoint, cohabitant, parent, grand-parent, enfant...) ?

- ☐ Non
- ☐ Oui (Cochez la case correspondante)
- ☐ Conjoint(e)
 - ☐ Cohabitant
 - ☐ Parent
 - ☐ Grand-Parent
 - ☐ Enfant
 - ☐ Autres :

Attention : Si OUI, vous devez faire remplir l'attestation (annexe 1) par votre mutuelle. Cette attestation est nécessaire pour obtenir la prestation majorée du droit passerelle.

Votre situation familiale change ? Informez-en immédiatement votre caisse d'assurances sociales.

Situation socio-professionnelle

Activité professionnelle

Exercez-vous une activité professionnelle depuis la cessation ou l'interruption de votre activité d'indépendant ?

☐ Non ☐ Oui, depuis/...../..... (laquelle.....)

Êtes-vous mandataire/associé actif d'une autre société que celle qui est déclarée en faillite ou celle qui est concernée par l'interruption forcée /la cessation ?

☐ Non ☐ Oui, depuis/...../..... (laquelle.....)

Nom de la société :

Numéro d'entreprise (ou numéro de TVA) :

Revenu de remplacement

Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement (belge/étranger) ?

☐ Non

☐ Oui : lequel ? (cochez la case correspondante)

- ☐ Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
- ☐ Pension
- ☐ Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
- ☐ Autres (précisez) :

Avez-vous demandé un revenu de remplacement (belge/étranger) ?

☐ Non

☐ Oui : lequel ? (cochez la case correspondante)

- ☐ Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination (allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.).
- ☐ Pension
- ☐ Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité
- ☐ Indemnités accident du travail (entreprise d'assurances agréée / FEDRIS)
- ☐ Indemnités maladie professionnelle (FEDRIS)
- ☐ Autres (précisez) :

PARTIE 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'INTERRUPTION FORCÉE

Remplissez si vous avez été forcé d'interrompre ou de cesser votre activité indépendante suite à une des situations suivantes.

☐ J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante suite à une calamité naturelle (en ce compris les calamités agricoles) du/...../.....(date) au/...../..... (estimation de la date de reprise).
Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, photos et autres documents probants.

☐ J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante suite à un incendie du/...../.....(date) au/...../..... (estimation de la date de reprise).
Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, photos, rapports du service d'incendie et autres documents probants.

☐ J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante suite à la détérioration de mon bâtiment à usage professionnel et/ou outillage professionnel (biffer ce qui ne convient pas) du/...../.....(date) au...../...../.....(estimation de la date de reprise).

Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, photos, procès-verbal de la police et autres documents probants.

☐ J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante à cause d'une allergie. Faites remplir le modèle d'attestation médicale (annexe 2) par le médecin-conseil de votre mutuelle et joignez-le à ce formulaire.
Attention : si vous n'avez pas bénéficié des indemnités d'incapacité de travail pendant 12 mois, vous n'entrez pas en ligne de compte pour le droit passerelle. Dans ce cas, demandez à votre mutuelle la reconnaissance de votre incapacité de travail en raison de votre allergie.

☐ J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante, indépendamment de ma volonté, à cause d'une décision d'une décision d'un acteur économique tiers ou d'un événement ayant des impacts économiques du/...../.....(date) au/...../..... (estimation de la date de reprise).
Joignez tous les documents qui démontrent un lien de causalité direct entre de la décision/événement et votre interruption/cessation.

PARTIE 3 – DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

Je déclare avoir complété ce formulaire de manière complète et véridique.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées.

Je m'engage à signaler immédiatement à ma caisse d'assurances sociales toutes modifications dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

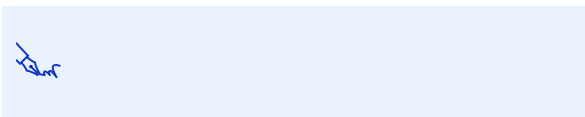
Je suis conscient que cette déclaration est soumise aux vérifications nécessaires.

Je suis conscient que toute déclaration fausse ou incomplète visant à obtenir le versement indu de prestations (plus élevées) constitue une violation de l'article 233 du code pénal social et peut entraîner le recouvrement des prestations indûment versées ainsi que des poursuites judiciaires.

Nom : Prénom :

Date :/...../.....

Signature :



ANNEXE 1 - ATTESTATION À FAIRE COMPLÉTER PAR LA MUTUELLE

Attestation charge de famille

Par la présente, nous vous confirmons que l'assuré social

Nom : Prénom :

Rue : N° : Boîte :

Code postal : Localité :

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

est affilié auprès de notre organisation en qualité de titulaire depuis le/...../.....

☐ a au moins une personne à charge, au sens de l'article 123 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

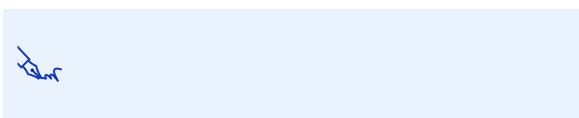
Prénom	Nom	À partir de	Jusqu'au

☐ n'a pas de personne à charge

Cachet de la mutuelle

Date :/...../.....

Signature du représentant de la Mutuelle :



Cette attestation est délivrée à la demande de l'intéressé pour les besoins de sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi du droit passerelle, sous réserve de remplir toutes les conditions conformément à la Loi-programme du 26 décembre 2022.

ANNEXE 2 - ATTESTATION MÉDICALE D'ALLERGIE CAUSÉE PAR L'EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ INDÉPENDANTE (DROIT PASSERELLE INDÉPENDANTS) À REMPLIR PAR LE MÉDECIN-CONSEIL DE L'ORGANISME D'ASSURANCE)

Attestation médicale

Le/la soussigné(e), médecin-conseil auprès de l'organisme d'assurance
confirme par la présente que :

Monsieur/Madame (*biffez ce qui ne convient pas*)

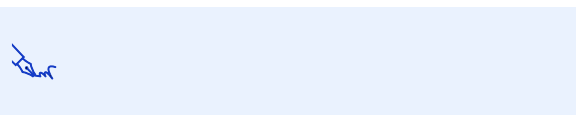
- souffre d'une allergie causée par l'exercice de son activité indépendante spécifique
- l'allergie est incompatible avec la poursuite de cette activité spécifique et que
- l'intéressé(e), après l'épuisement de ses droits à des indemnités d'incapacité de travail pendant les périodes d'incapacité primaire (comme visée à l'article 6, 1° et 2°, de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants) n'est (plus) pas reconnu(e) pendant la période d'invalidité comme visée à l'article 6,3°, de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971, à partir du/...../.....
- et ce en application de ma décision / la décision du Conseil médical de l'invalidité (*biffez ce qui ne convient pas*) du/...../.....

Cette non-reconnaissance de l'invalidité résulte de la constatation que l'intéressé est apte à exercer n'importe quelle activité professionnelle qui lui serait imposée de manière équitable entre autres tenu compte de la condition de l'état de santé et de sa formation professionnelle (article 20 de l'arrêté royal précité du 20 juillet 1971).

Date :/...../.....

Cachet du médecin-conseil :

Signature du médecin-conseil :



Cette attestation est délivrée à la demande l'intéressé pour les besoins de sa caisse d'assurances sociales en vue de l'octroi du droit passerelle, sous réserve de remplir toutes les conditions conformément à la Loi-programme du 26 décembre 2022.