

Numéro national :
Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

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

Découvrez le point de contact
le plus proche de chez vous via ucm.be

Droit passerelle en cas d'interruption ou de cessation forcée

(Loi-programme du 26 décembre 2022)

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](#))

Attention, si l'interruption ou la cessation qui pourrait donner droit au droit passerelle est intervenue en 2022, ce formulaire n'est pas valable. Prenez alors contact avec notre service prestations au 081/32.07.25 pour obtenir le formulaire de 2022.

Partie 1 – Renseignements généraux sur le demandeur

A. Données d'identification

Nom : Prénom :

Numéro de registre national : . . - .

(voir votre carte d'identité)

Adresse de contact en Belgique (si différente de l'adresse légale) :

Rue : N° Bte.....

Code postal : : Commune :

Adresse e-mail :

Tél. : +32/..... GSM: + 32/.....

N° du compte bancaire au nom de

IBAN BE : - -

BIC :

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

Starters et indépendants

B. 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
- Autre : _____

- **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.

C. Situation socio-professionnelle

C.1. Activité professionnelle

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

- Non Oui, depuis(laquelle.....)

Etes-vous mandataire ou associé/actionnaire 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
- Nom de la société ;
- Numéro d'entreprise (ou numéro de TVA)

C.2. Revenu de remplacement

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

- Non Oui : lequel ? (cocher 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 ? (cocher 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'un acteur économique tiers ou d'un évènement 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/évènement 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 :

Starters et indépendants

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 :

NISS (n° du registre national) : . . - .

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	A 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 l'intéressé(e) 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.



Starters et indépendants

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 MEDICALE

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

1. Monsieur/Madame (Biffer ce qui ne convient pas).....

Souffre d'une **allergie** causée par l'exercice de son activité indépendante spécifique.

2. L'allergie est incompatible avec la poursuite de cette activité spécifique et que :

3. 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 (biffer ce qui ne convient pas) du

Cette non-reconnaissance de l'invalidité résulte de la constatation que l'intéressé(e) est apte à exercer n'importe quelle activité professionnelle qui lui serait imposée de manière équitable entre autre 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 :/...../.....

Signature et cachet du médecin-conseil :

Cette attestation est délivrée à la demande l'intéressé(e) 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.