

et vous représente

au **QUOTIDIEN**

Votre contact :

Service infos clients  
081 32 07 05**Document à renvoyer par voie recommandée  
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](http://UCM.be)CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES UCM  
Chaussée de Marche 637  
5100 Wierde

## DROIT PASSERELLE EN CAS DE FAILLITE

*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 : .....

N° du compte bancaire au nom de : .....

IBAN : ..... BIC : .....

☐ Sollicite par la présente le droit passerelle en cas de faillite

#### 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 le ...../...../..... (précisez 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 le ...../...../.....

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...)
  - ☐ 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...).
  - ☐ 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 LA FAILLITE

Remplissez si vous avez été déclaré en faillite personnelle

- ☐ J'ai été déclaré en faillite personnelle le ...../...../.....  
par le tribunal de .....
- ☐ J'ai fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le ...../...../.....  
par le tribunal de .....
- ☐ J'ai fait l'objet d'une procédure pénale en cours depuis le ...../...../.....  
par le tribunal de .....

Remplissez si vous êtes mandataire ou associé actif d'une société déclarée en faillite

- ☐ J'étais gérant, administrateur ou associé actif d'une société  
déclarée en faillite le ...../...../.....  
par le tribunal de .....  
Nom de la société : .....  
Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) : .....
- ☐ J'ai fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le ...../...../.....  
par le tribunal de .....
- ☐ J'ai fait l'objet d'une procédure pénale en cours depuis le ...../...../.....  
par le tribunal de .....

## 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 : .....

Fait à ....., le ...../...../.....

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,

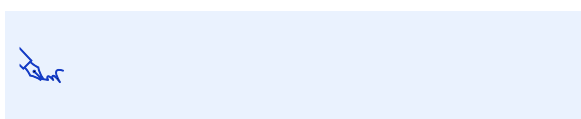
Prénom	Nom	À partir de	Jusqu'au

☐ N'a pas de personne à charge

Cachet de la mutuelle :

Fait à ..... , le ...../...../.....

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.