UCM vous ACCOMPAGNE
et vous représente
au QUOTIDIEN

CAH02 26I 200 006 701

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 à l'adresse cas@ucm.be ou via votre Espace client ou à l'adresse suivante :

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

DÉCLARATION DE CESSATION À COMPLÉTER PAR LA PERSONNE AIDÉE

Nom : …… Prénom : ……

☐ Je déclare sur l'honneur avoir cessé TOUTE collaboration avec mon aidant :

Mme/Mr : ……..

Le dernier jour de collaboration était le : ……/……/……

☐ Je déclare que Mme/Mr : …… ne m'a jamais aidé dans mon activité indépendante.

Je n'ignore pas que l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants (Inasti) se réserve le droit de vérifier la présente déclaration. Ainsi, des cotisations fortement majorées pourraient m'être réclamées s'il s'avérait, après contrôle de l'Inasti, qu'une activité indépendante a été exercée ou poursuivie.

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

……

