

**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](http://ucm.be)

## Droit passerelle en cas d'interruption forcée

(Loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants)

Renvoyez cette demande sous pli recommandé à votre caisse d'assurances sociales

### 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 forcée

## Starters et indépendants

### B. Situation familiale

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

Non  Oui

- **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 .....

Etes-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 .....  
Nom de la société ; .....  
Numéro d'entreprise (ou numéro de TVA) .....

Aviez-vous une activité salariée **dans le passé** ?

Non  Oui, du .....au .....

- **Attention** : si Oui, veuillez faire compléter **l'attestation « Déclaration à compléter par l'ONEM » (annexe 2)** qui indiquera sur quelle base légale vous ne remplissez pas les conditions d'admissibilité de l'assurance chômage. Pour obtenir cette attestation, introduisez une demande d'allocations de chômage auprès de l'ONEM.

## Starters et indépendants

### C.2. Revenu de remplacement

Avez-vous perçu des allocations de chômage (sous n'importe quelle dénomination : allocations d'insertion, allocations d'attente, etc.) **dans le passé ?**

Non  Oui du..... AU .....

- **Attention** : si Oui, veuillez faire compléter l'**attestation « Déclaration à compléter par l'ONEM » (annexe 2)** qui indiquera sur quelle base légale vous ne remplissez pas les conditions d'admissibilité de l'assurance chômage. Pour obtenir cette attestation, introduisez une demande d'allocations de chômage auprès de l'ONEM.

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
- 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.
- **Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, les documents joints doivent démontrer que **l'indépendant aidé** est également victime de cette situation et a dû interrompre ou cesser son activité indépendante.

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.
- **Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, les documents joints doivent démontrer que **l'indépendant aidé** est également victime de cette situation et a dû interrompre ou cesser son activité indépendante.

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.
- **Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, les documents joints doivent démontrer que **l'indépendant aidé** est également victime de cette situation et a dû interrompre ou cesser son activité indépendante.

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 3)** 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.

## Starters et indépendants

- J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffer ce qui ne convient pas) mon activité indépendante 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.
  - **Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, les documents joints doivent démontrer que **l'indépendant aidé** est également victime de cette situation et a dû interrompre ou cesser son activité indépendante.

### Partie 3 – Déclaration sur l'honneur

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire et avoir lu les informations jointes.

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

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

Je suis au courant du fait que chaque déclaration fausse ou incomplète peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.

Nom : .....

Prénom : .....

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

Signature : .....



## Starters et indépendants

**Annexe 1**  
**Attestation ONEM**

 **DECLARATION A COMPLETER PAR L'ONEM**

L'indépendant pourra bénéficier d'indemnités de droit passerelle en cas d'interruption forcée qu'à condition qu'il ne puisse pas **prétendre** à des revenus de remplacement tels que des allocations de chômage.

Par la présente, nous vous confirmons que :

Nom, prénom : .....

Rue : .....N° : ..... bte : .....

Code postal : .....Localité : .....

Numéro national : .....

a introduit une demande d'allocations de chômage le ...../...../.....

qu'il peut prétendre à des allocations de chômage depuis le ...../...../.....

qu'il ne peut prétendre à des allocations de chômage pour le motif suivant :

.....  
.....

Commentaires éventuels : .....

.....

CACHET DE L'ONEM

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

Signature du représentant de l'ONEM

Nom, Prénom, numéro national : .....

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 du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.





## Starters et indépendants

**Annexe 2**  
**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 225 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 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 du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.



## Starters et indépendants

### Annexe 3

### 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 du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.