



Assurances sociales pour indépendants

## Assurance sociale en cas de faillite

### I. LE DECLARANT

Je demande à bénéficier de l'assurance sociale en cas de faillite.

NOM : ..... Prénom : .....

NISS (n° du Registre national) : ..... ou d'affiliation : .....

Résidence principale en Belgique

Depuis le : .....

Rue : ..... n° ..... bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél. : ..... Fax : .....

Compte postal ou bancaire : N° ..... au nom de : .....

### II. A COMPLETER LORSQUE VOUS ETES ETABLI(E) EN MENAGE (conjoint(e)/cohabitant(e))

Nom de votre conjoint(e)/cohabitant(e) : ..... Prénom : .....

Etes-vous séparé de votre conjoint(e) ?  OUI  NON

Quel est son statut :

- travailleur salarié depuis le .....
- travailleur indépendant depuis le .....
- fonctionnaire-agent des services publics depuis le .....
- chômeur depuis le .....
- pensionné depuis le .....
- reconnu en incapacité de travail depuis le .....
- autre (préciser) : .....
- sans .....

### III. SITUATION DU DECLARANT

- A.  Déclaré en faillite personnelle le ..... par le Tribunal de Commerce de .....
- A obtenu par jugement l'homologation d'un plan de règlement amiable par la voie d'un règlement collectif de dettes le ..... par le Tribunal de .....
- S'est vu imposer un plan de règlement judiciaire le ..... par le Tribunal de .....
- A obtenu l'adaptation ou la révision du plan de règlement en date du ..... par le Tribunal de .....
- A fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le ..... par le Tribunal de ..... ou fait l'objet d'une procédure pénale en cours devant le Tribunal de ..... depuis le .....
- A fait l'objet d'une révocation du plan de règlement pour cause d'organisation d'insolvabilité le ..... par le Tribunal de .....



- B.  Mandataire ou associé actif d'une société commerciale déclarée en faillite le .....  
par le Tribunal de Commerce de .....
- Mandataire d'une société commerciale qui bénéficie d'un jugement de résolution de concordat après  
faillite le ..... par le Tribunal de Commerce de .....

Dénomination de la société : .....

Siège social : .....

Numéro national : .....

- C. Exercez-vous une activité professionnelle/  
depuis la faillite ?  OUI  NON depuis le .....
- Etes-vous mandataire d'une société commerciale  
autre que celle tombée en faillite ?  OUI  NON depuis le .....
- Bénéficiez-vous de revenus de remplacement ?  OUI  NON depuis le .....
- Avez-vous bénéficié antérieurement de l'assurance  
sociale en faveur des travailleurs indépendants en  
cas de faillite ?  OUI  NON

**NB: Attention, vous devez vous assurer de ne pas être dans les conditions potentielles ( cfr note explicative jointe à ce document) pour ouvrir un droit aux allocations de chômage ou d'attentes après votre activité indépendante. Si c'est le cas, il est impératif de nous faire parvenir une attestation de l'ONEM stipulant que vous n'ouvrez pas de droit.**

- D. Avez-vous une personne à charge (conjoint(e), cohabitant, ascendants, enfants, ...) ?  
 OUI.....  NON

Dans l'affirmative, veuillez joindre une attestation de la mutuelle stipulant le nombre de personnes à votre charge.

#### IV. DECLARATION

Je m'engage à signaler, dans les quinze jours, à ma Caisse d'assurances sociales, toute modification dans les renseignements communiqués ci-dessus.

Sachant que les déclarations fausses ou inexactes peuvent entraîner des poursuites judiciaires et la récupération des sommes indûment perçues, je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à ....., le .....

Signature.

**DOCUMENT A RENVOYER, PAR RECOMMANDÉ, A LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES AVANT LE .....**

Les données qui vous sont demandées ne seront utilisées qu'aux seules fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et, au besoin, de les faire rectifier. Vous devez, pour ce faire, vous adresser à l'agent qui instruit votre dossier.