



L'ENTRAIDE asbl

**DEMANDE D'ASSIMILATION DES PERIODES DE MALADIE
OU D'INVALIDITE A DES PERIODES D'ACTIVITE
PROFESSIONNELLE**

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) :
né(e) à : le
habitant à : rue et n° :
affilié(e) à la caisse d'assurances sociales l'ENTRAIDE, rue Colonel Bourg 113
à 1140 BRUXELLES, sous le numéro :
exerçait la profession indépendante de :
que j'ai cessée le.....

JE DÉCLARE SUR L'HONNEUR QUE JE N'EXERCE AUCUNE ACTIVITÉ
PROFESSIONNELLE POUR CAUSE DE MALADIE DEPUIS LE
ET QU'AUCUNE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE N'A, DEPUIS LA CESSATION, ÉTÉ
EXERCÉE EN MON NOM OU POUR MON COMPTE PAR L'INTERMÉDIAIRE D'UNE TIERCE
PERSONNE.

*JE M'ENGAGE À PORTER IMMÉDIATEMENT À LA CONNAISSANCE DE L'INSTITUT
NATIONAL D'ASSURANCES SOCIALES POUR TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS, TOUT
CHANGEMENT QUI POURRAIT INTERVENIR DANS MA SITUATION.*

D'autre part, je suis disposé(e) à me soumettre au contrôle médical prévu par la loi.

Fait à : le

Signature,