

# Formulaire de renseignements droit passerelle en cas d'interruption forcée

(loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendant)

[Renvoyez ce formulaire par courrier recommandé à votre caisse d'assurances sociales](#)

## A. Données d'identification

---

Nom .....

Prénom .....

Numéro NISS ..-.

(voir votre carte d'identité)

### Adresse de contact en Belgique

Rue ..... N° ..... Bte .....

Code postal ..... Commune .....

Adresse email .....

T: +32 / ..... M : +32 / .....

N° du compte bancaire au nom de .....

IBAN BE

BIC .....

## B. Situation familiale

---

Avez-vous au moins une personne à charge auprès de votre mutuelle?

Non

Oui (cocher la case correspondante)

Conjoint(e)

Cohabitant

Parent

Grand-parent

Enfant

Autre .....

➤ **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 .....et laquelle .....

Êtes-vous mandataire/associé actif d'une autre société que celle qui est concernée par l'interruption forcée/la cessation ?

- Non       Oui , depuis .....  
-Nom de la société .....  
-Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) .....

Avez-vous exercé une activité salariée **dans le passé** ?

- Non       Oui , du .....au .....

- *Attention : fournissez à votre caisse d'assurances sociales une **attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique 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.*

### 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 : fournissez à votre caisse d'assurances sociales une **attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique 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) : .....

## D. Droit passerelle en cas d'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 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 reprise).
- Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, rapports du service d'incendie, 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 la **détérioration** de mon bâtiment à usage professionnel et/ou outillage professionnel (*biffer ce qui ne convient pas*), du .....(date) au .....(estimation de la reprise).
- Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, rapports du service d'incendie, 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 à cause d'une **allergie**,
- Faire remplir le **modèle d'attestation médicale (annexe 2)** 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 douze 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.
- 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 reprise).
- Joignez tous les documents qui démontrent un lien de causalité direct entre de la décision/l'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.

## E. Déclaration sur l'honneur

---



# DECLARATION 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 toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.**

**Je suis conscient que cette déclaration est soumise aux vérifications nécessaires.**

**Je suis conscient que toute déclaration fautive ou incomplète visant à obtenir le versement indu de prestations (plus élevées) constitue une violation de l'article 233 du code pénal sociale et peut entraîner la récupération des prestations indûment versées et des poursuites judiciaires.**

**Nom :** .....

**Prénom :** .....

**Date :**

**Signature :**



## **ATTESTATION CHARGE DE FAMILLE**

(à remplir par l'organisme assureur)

**Par la présente, nous confirmons que l'assuré social**

**Nom** .....

**Prénom** .....

**NISS (n° du registre national)** ..-.

**est affilié auprès de notre organisme 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,**

**depuis le** .....

**Date :**

**Signature et cachet de l'organisme assureur :**

## ANNEXE 2

### Attestation médicale d'allergie causée par l'exercice d'une activité indépendante (droit passerelle indépendants)

---



## ATTESTATION MEDICALE

(à remplir par le médecin-conseil de l'organisme d'assurance)

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 indépendante spécifique  
et que ;
- 3) L'intéressé, après l'épuisement de ses droits à des indemnités d'incapacité de travail  
pendant les périodes d'incapacités de travail 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 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 est apte à  
exercer n'importe quelle activité professionnelle qui lui serait imposée de manière équitable  
entre autre compte tenu 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 de l'intéressé pour les besoins ASBL l'ENTRAIDE – Caisse libre  
d'assurances sociales pour travailleurs indépendants en vue de l'octroi du droit passerelle, sous réserve de remplir  
les conditions conformément à la loi du 22 décembre 2016 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs  
indépendants.