



# Demande de droit passerelle en cas d'interruption forcée

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

**Complétez, datez et signez ce formulaire et renvoyez-le par mail, par courrier simple ou déposez-le dans nos bureaux, par requête sur place**

J'ai été forcé d'interrompre/cesser mon activité indépendante et je souhaite bénéficier du droit passerelle. **Attention : si vous avez cessé officiellement votre activité indépendante et que vous ne nous avez pas encore envoyé votre déclaration de cessation, veuillez compléter celle qui se trouve en annexe et nous la renvoyer avec ce formulaire.**

## Identité

Votre numéro de Registre national (au dos de votre carte d'identité) :

|\_|\_|·|\_|\_|·|\_|\_| - |\_|\_|\_|·|\_|\_|

Prénom : .....

Nom : .....

E-Mail: ..... T : +32.....

Adresse de contact - si différente de votre adresse principale:

.....

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

Numéro de compte postal ou compte bancaire (IBAN) : BE

|\_|\_|·|\_|\_|\_|\_|·|\_|\_|\_|\_|·|\_|\_|\_|\_|

au nom de.....

## Situation

- 1) Avez-vous au moins une personne à charge (conjoint, cohabitant, parent, grands-parents, enfant,...)? (cochez la bonne mention)
- Non
- Oui. **Faites remplir l'Attestation charge de famille en annexe par votre mutuelle.** Cette attestation est nécessaire pour obtenir un supplément de 329,38 EUR au montant du droit-passerelle.

Votre situation familiale change? Informez-nous immédiatement.

- 2) Suite à cette interruption forcée, avez-vous cessé votre activité indépendante définitivement?
- Non
- Oui. Dans ce cas, avez-vous déclaré officiellement votre cessation?
- Non.
- Oui.

3) Exercez-vous une activité professionnelle depuis la cessation ou l'interruption de votre activité d'indépendant ? (cochez la bonne mention)

- Non
- Oui, depuis le . . / . . / . . . . .

4) Êtes-vous actif comme gérant, administrateur ou associé actif d'une société au moment de la cessation de votre activité indépendante ? (cochez la bonne mention)

- Non
- Oui:

Nom de la société:.....

Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) : BE | \_ | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

5) Êtes-vous mandataire/associé actif d'une autre société que celle qui est concernée par l'interruption forcée/la cessation (cochez la bonne mention)

- Non
- Oui, depuis le . . / . . / . . . . .

Nom de la société:.....

Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) : BE | \_ | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ | . | \_ | \_ | \_ |

6) Avez-vous exercé une activité salariée dans le passé ? (cochez la bonne mention)

- Non. **Si vous avez officiellement cessé, fournissez-nous une attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique sur quelle base légale vous ne pouvez pas bénéficier d'allocations de chômage.
- Oui, du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . . **Si vous avez officiellement cessé, fournissez-nous une attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique sur quelle base légale vous ne pouvez pas bénéficier d'allocations de chômage.

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

- Non. **Fournissez-nous une attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique sur quelle base légale vous ne pouvez pas bénéficier d'allocations de chômage.
- Oui, du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . . **Si vous avez officiellement cessé, fournissez-nous une attestation de l'Office national de l'Emploi (ONEM)** qui indique sur quelle base légale vous ne pouvez plus bénéficier d'allocations de chômage.

8) Recevez-vous actuellement un revenu de remplacement (belge/étranger)? (cochez la bonne mention)

- Non
  - Oui, lequel ?
    - 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) .....
- .....

9) Avez-vous demandé un revenu de remplacement (belge/étranger)? (cochez la bonne mention)

- Non
- Oui, lequel ?
  - 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) :

.....

10) Parmi les situations suivantes, laquelle vous a forcé à interrompre ou à cesser votre activité indépendante ? (cochez la bonne mention)

**Pour chacune des situations ci-dessous, fournissez-nous des documents de preuve (rapports d'expertise, articles de presse, photos, documents de l'organisme assureur, etc.).**

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

- Suite à une calamité naturelle (y compris les calamités agricoles),  
j'ai été forcé d'interrompre / de cesser officiellement mon activité indépendante (biffez la mention qui ne convient pas)  
du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . (Estimation de la date de reprise)
- Suite à un incendie,  
j'ai été forcé d'interrompre / de cesser officiellement mon activité indépendante (biffez la mention qui ne convient pas)  
du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . (Estimation de la date de reprise)
- Suite à la détérioration de mon bâtiment à usage professionnel et/ou de mon outillage professionnel par un tiers,  
j'ai été forcé d'interrompre / de cesser officiellement mon activité indépendante (biffez la mention qui ne convient pas)  
du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . (Estimation de la date de reprise)
- Suite à une décision d'un acteur économique tiers ou d'un événement ayant un impact économique sur mon activité, (j'ai été forcé d'interrompre / cesser officiellement mon activité indépendante (biffez la mention qui ne convient pas)  
du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . (Estimation de la date de reprise)
- A cause d'une allergie,  
j'ai été forcé d'interrompre / cesser officiellement mon activité indépendante (biffez la mention qui ne convient pas)  
du . . / . . / . . . . au . . / . . / . . . . (Estimation de la date de reprise)

Faites remplir par le médecin-conseil de votre mutuelle l'Attestation médicale en annexe et renvoyez-la avec 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.

---

## Consentement pour la protection de la vie privée

---

En vertu de la législation européenne sur la protection des données, nous sommes tenus de vous demander votre consentement explicite concernant le traitement et l'utilisation des données de contact suivantes : votre adresse mail, votre numéro de téléphone et votre numéro de GSM.

- J'autorise la CNH à utiliser mes données de contact pour la gestion ultérieure de mon statut social.

Pour retirer votre consentement, veuillez vous adresser à la Caisse nationale auxiliaire (par e-mail : [MailCNH@rsvz-inasti.fgov.be](mailto:MailCNH@rsvz-inasti.fgov.be) ou par courrier : Caisse nationale auxiliaire, Quai de Willebroeck 35, 1000 Bruxelles.

---

## Déclaration sur l'honneur

---

Je déclare avoir complété correctement ce formulaire.

Je suis au courant du fait que ma demande ne peut pas être traitée sans les pièces justificatives demandées et que je dois vous renvoyer ce formulaire par recommandé avant la fin du deuxième trimestre qui suit **la date à laquelle l'interruption forcée a débuté.**

Je m'engage à vous signaler dans les quinze jours toute modification de ma situation.

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

---

## Signature

---

Le . . / . . / . . . .

Signature :

# Attestation de charge de famille

A faire compléter par votre mutuelle et à joindre à votre demande de droit passerelle.

Par la présente, nous confirmons que :

Prénom : .....

Nom : .....

Numéro d'identification au Registre national (au dos de la carte d'identité) :

|\_|\_|·|\_|\_|·|\_|\_| - |\_|\_|\_|·|\_|\_|

- est affilié en tant que titulaire auprès de notre organisme depuis le .. / .. / .....
- a au moins une personne à charge depuis le .. / .. / ..... (Art. 225 de l'A.R. du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994)

---

## Signature

---

Le .. / .. / .....

Signature :

Cachet de l'organisme assureur :

# Attestation médicale

A faire compléter par le médecin-conseil de votre mutuelle et à joindre à votre demande de droit passerelle.

Le/la soussigné(e), médecin-conseil auprès de.....  
confirme que :

Prénom : .....

Nom : .....

- 1) souffre d'une allergie, causée par l'exercice de son activité indépendante spécifique;
- 2) ne peut poursuivre cette activité indépendante spécifique en raison de l'incompatibilité de celle-ci avec cette allergie;
- 3) a épuisé ses droits à des indemnités d'incapacité de travail pendant les périodes d'incapacité de travail primaire (douze mois) et n'est plus/pas reconnu pendant la période d'invalidité. (Art. 6, 1°, 2°, 3° de l'A.R. du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants). Cette non-reconnaissance de l'invalidité résulte de la constatation que l'intéressé est apte à exercer n'importe quelle autre 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 (Art. 20 de l'A.R. du 20 juillet 1971).

à partir du . . / . . / . . . . en application de ma décision/la décision du Conseil médical de l'invalidité (**biffez la mention qui ne convient pas**) du . . / . . / . . . . .

---

## Signature

---

Le . . / . . / . . . .

Signature :

Cachet du médecin-conseil:

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 2013 instaurant un droit passerelle en faveur des travailleurs indépendants.

# Déclaration de cessation de votre activité indépendante (droit-passerelle)

Art. 8 de l'A.R. du 19 décembre 1967

Complétez, datez et signez cette déclaration et renvoyez-la avec la demande de droit passerelle.

---

## Déclaration

---

Je déclare avoir cessé complètement mon activité indépendante depuis le .. / .. / .. . .

**Attention :**

- Si vous étiez indépendant en nom propre mais que vous n'aviez pas de numéro d'entreprise : vous devez joindre à cette déclaration une attestation de votre client attestant la fin de votre activité indépendante.
- Si vous étiez associé actif : vous devez joindre à cette déclaration une attestation de cessation du gérant ou de l'administrateur délégué de la société.

---

## Signature

---

Le .. / .. / .. . .

Signature :

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.