



Êtes-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 TVA) : .....

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

NON  OUI, du ..... au .....

**Attention :** Dans tous les cas, veuillez nous faire parvenir 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 la Caisse auxiliaire (CAPAC) ou à votre syndicat.

## 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 :** Dans tous les cas, veuillez nous faire parvenir 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 la Caisse auxiliaire (CAPAC) ou à votre syndicat.

Recevez-vous **actuellement** un revenu de remplacement (belge/étranger) ?

NON

OUI, lequel ? (cochez la case correspondante)

Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination  
(allocation 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 ou étranger) ?

NON

OUI, lequel ? (cochez la case correspondante)

Allocations de chômage, sous n'importe quelle dénomination  
(allocation d'insertion, allocations d'attente, etc...).

Pension

Indemnités d'incapacité de travail ou d'invalidité

Autres (précisez) : .....

Remplissez la section de la partie 2 qui correspond à votre situation (faillite, règlement collectif de dettes, interruption forcée ou difficultés économiques).

## Partie 2 – Situation spécifique du demandeur (remplissez la section applicable)

Pour bénéficier du droit passerelle, vous devez vous trouver dans **une des situations légalement prévues**.

Remplissez la section correspondant à votre situation :

- En cas de **faillite**, remplissez la **section A**.
- En cas de **règlement collectif de dettes**, remplissez la **section B**.
- En cas de **d'interruption forcée**, remplissez la **section C**.
- En cas de **cessation à cause de difficultés économiques**, remplissez la **section D**.

## A. Droit passerelle en cas de faillite

Remplissez si vous avez été **déclaré en faillite personnelle**.

J'ai été déclaré en faillite personnelle le ..... par le tribunal  
de .....

J'ai fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le ..... par le tribunal  
de .....

Je fais l'objet d'une procédure pénale en cours depuis le ..... par le tribunal  
de .....

Remplissez si vous êtes **mandataire ou associé actif** d'une **société déclarée en faillite**.

J'étais gérant, administrateur ou associé actif d'une société  
déclarée en faillite le .....

par le tribunal de .....

- Nom de la société .....

- Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) .....

J'ai fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le ..... par le tribunal  
de .....

J'ai fait l'objet d'une procédure pénale en cours depuis le .....

par le tribunal de .....

**Passez à la partie 3 « Déclaration sur l'honneur » et remplissez-là.**

## B. Droit passerelle en cas de règlement collectif de dettes

Remplissez si vous avez obtenu un **règlement collectif de dettes**.

J'ai obtenu l'homologation d'un plan de règlement amiable, par une décision judiciaire  
prononcée le .....  
par le tribunal de .....

Un plan de règlement judiciaire m'a été imposé le .....  
par le tribunal de .....

J'ai obtenu l'adaptation ou la révision du règlement de dettes le .....  
par le tribunal de .....

J'ai fait l'objet d'une révocation du règlement de dettes pour cause d'organisation  
d'insolvabilité le .....  
par le tribunal de .....

**Attention :** joignez la décision du tribunal concernant le plan de règlement amiable ou judiciaire, sa révision ou sa révocation.

**Passez à la partie 3 « Déclaration sur l'honneur » et remplissez-là.**

## C. 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 (biffez la mention inutile) 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 (biffez la mention inutile) 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, 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 (biffez la mention inutile) mon activité indépendante suite à la **détérioration de mon bâtiment** à usage professionnel et/ou outillage professionnel (biffez la mention inutile),

du ..... (date) au ..... (estimation de la date de reprise).

**Joignez tous les documents de l'organisme assureur, rapports d'expertise, articles de presse, procès-verbal de la police, 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 (biffez la mention inutile) mon activité indépendante à cause d'une **allergie**.

**Faites 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 (biffez la mention inutile) 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 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.

**Passez à la partie 3 « Déclaration sur l'honneur » et remplissez-là.**

## D. Droit passerelle en cas de difficultés économiques

Remplissez si vous avez cessé votre activité indépendante suite à une des situations suivantes qui indiquent des **difficultés économiques**.

**Attention** : vous devez avoir officiellement cessé votre activité indépendante. Si vous n'avez pas encore introduit de déclaration de cessation à notre organisme, vous devez alors ajouter à votre demande de droit passerelle une déclaration de cessation d'activité.

Je reçois un revenu d'intégration sociale au moment de la cessation de mon activité indépendante.

La Commission des dispenses de cotisations / l'INASTI m'a octroyé une dispense complète ou partielle, dans la période de douze mois précédant le mois de la cessation de mon activité indépendante.

Mon revenu professionnel net est inférieur au seuil de cotisations minimal, tant pendant l'année de ma cessation que pendant l'année qui la précède.

Démontrez au moyen de **pièces justificatives** que vos revenus de l'année de la cessation et de l'année précédente se trouvent en-dessous du seuil de cotisations minimal. Chaque pièce doit être brièvement commentée (**annexe 3**). S'il s'agit de pièces comptables, un commentaire de votre comptable est souhaitable. Si vous n'avez pas de comptable, commentez vous-même chaque pièce justificative.

**Attention** : si vous êtes conjoint aidant ou aidant, joignez les pièces justificatives supplémentaires nécessaires (avec commentaire) qui démontrent que le revenu de l'indépendant aidé de l'année de votre cessation et de l'année précédente se trouve également en-dessous du seuil de cotisations minimal.

**Attention** : êtes-vous actif comme gérant, administrateur ou associé actif d'une société au moment de la cessation de votre activité ?

NON     OUI

- Nom de la société : .....

- Numéro d'entreprise (ou numéro TVA) : .....

**Oui ?** Alors vous devez, à côté de la condition que vos revenus se trouvent en-dessous du seuil de cotisations minimal (démontrez-le au moyen de pièces justificatives nécessaires reprises en **annexe 3**), remplir encore d'autres conditions supplémentaires. Ainsi, vous ne pouvez bénéficier du droit passerelle que

-si la **procédure de liquidation** de votre société est entamée et

-si le montant des **avantages patrimoniaux** que vous avez reçu suite à cette liquidation ne dépasse pas le double seuil de cotisations minimal.

Pour déterminer le volume de ces avantages patrimoniaux, notre organisme se basera sur le bilan de l'avant-dernier exercice comptable clôturé de la société, multiplié par le pourcentage des actions que vous possédez.

Déterminez-vous des actions dans la société?

NON (démontrez-le au moyen d'une attestation du gérant, de l'administrateur (délégué) ou du liquidateur ou au moyen d'une déclaration sur l'honneur si vous êtes le seul gérant de la société).

OUI, à ..... % (démontrez-le au moyen de pièces justificatives).

Si vous ne précisez pas le pourcentage, vous êtes censés détenir toutes les actions (100%) de la société.

Si la situation de votre société au moment de l'introduction de cette demande est pire par rapport à la situation de l'avant-dernier exercice comptable clôturé, vous avez la possibilité de démontrer sur base d'éléments objectifs que ce résultat pire est la conséquence de difficultés économiques ou de dettes qui ont influencé négativement le total du bilan. Ajoutez les documents attestant cela à votre demande (Annexe 3).

**Attention :** s'il apparaît a posteriori que les revenus définitivement connus excèdent encore les planchers, le droit au droit passerelle est supprimé et vous devez rembourser les prestations perçues indûment à notre organisme.

**Passez à la partie 3 « Déclaration sur l'honneur » et remplissez-là.**

## Partie 3 – Déclaration sur l’honneur

# 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 toute modification dans les renseignements mentionnés ci-dessus.

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

Nom : .....

Prénom : .....

Date :

Signature :



## Annexe 2 – Attestation médicale d’allergie causée par l’exercice d’une activité indépendante (droit passerelle indépendants)

### Attestation médicale

(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 (*Biffez la mention inutile*) .....  
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(e), après l’épuisement de ses droits à des indemnités d’incapacité de travail pendant les périodes d’incapacité 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(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 (*Biffez la mention inutile*)  
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 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 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.**

## **Annexe 3 – Cessation pour des raisons économiques - Eléments qui prouvent que vos revenus sont inférieurs au seuil minimum**

### **Explication des pièces numérotées**

(à remplir par votre comptable ou vous-même si vous n'avez pas de comptable)

Pièce 1 : .....

.....

.....

Pièce 2 : .....

.....

.....

Pièce 3 : .....

.....

.....

Pièce 4 : .....

.....

.....

Pièce 5 : .....

.....

.....

Nombre total de pièces jointes : .....

Date :

Signature du demandeur :

Signature du comptable :