

## RECOMMANDE

Xerius Caisse d'Assurances Sociales  
Rue Royale 269  
1030 Bruxelles

### **Demande d'allocation sociale: extension temporaire de l'assurance en cas de faillite** (Art. 2bis, alinéa 2, deux premiers tirets AR 18/11/1996 (loi du 19 juin art. 32)).

Mon numéro national: \_\_\_\_\_

Mon nom: \_\_\_\_\_

J'estime pouvoir prétendre à cette allocation étant donné que (marquer d'une croix ce qui convient):

- J'ai ou la société commerciale dans laquelle je travaille en tant qu'indépendant a obtenu **une réorganisation judiciaire**;
- J'ai obtenu **un règlement collectif de dettes**;

Je joins à cette demande:

- le formulaire de renseignements dûment complété et signé;
- une copie du jugement en question ;
- une preuve (de votre mutuelle) dont il ressort que vous avez des « personnes à charge ».

Signature

## Formulaire de renseignements

### Assurance Sociale en faveur de travailleurs indépendants en difficulté

Article 2bis, alinéa 2, deux premiers tirets de l'AR du 18 novembre 1996

#### I. LE DEMANDEUR

Nom : ..... Prénom : .....  
Numéro national : .....

Résidence principale en Belgique :

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Tél : ..... Fax : ..... E-mail : .....

Compte bancaire : n° ..... au nom de : .....

#### II. A COMPLETER OBLIGATOIREMENT SI VOUS ETES MARIE OU FORMEZ UN MENAGE DE FAIT

Nom de votre conjoint ou cohabitant : ..... Prénom : .....

Numéro National : .....

Etes-vous séparé de votre conjoint :  Oui  Non

Si non, quel est son statut actuel :

- |   |                   |
|---|-------------------|
| <input type="radio"/> Travailleur salarié               | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Travailleur indépendant           | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Fonctionnaire                     | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Chômeur                           | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Pensionné                         | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Indemnité d'incapacité de travail | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Autre (à préciser) : .....        | depuis le : ..... |
| <input type="radio"/> Sans                              | depuis le : ..... |

III. SITUATION DU DEMANDEUR (à compléter obligatoirement)

- A. Dans le cadre d'une **réorganisation judiciaire** au sens de la loi du 31 janvier 2009 relative à la continuité des entreprises :

Un **jugement** déclarant ouverte la procédure a-t-il été prononcé à votre égard?

Oui  Non

1. Si oui, date du jugement (*à préciser*) : .....
2. Avez-vous renoncé à votre demande de réorganisation judiciaire depuis ce jugement ?  
Oui  Non
3. Le tribunal a-t-il ordonné la fin anticipée de la procédure depuis ce jugement ?  
Oui  Non

- B. Dans le cadre d'un **règlement collectif de dettes** au sens de la loi du 5 juillet 1998 relative au règlement collectif de dettes et à la possibilité de vente de gré à gré des biens immeubles saisis :

1. Avez-vous reçu l'homologation d'un plan de règlement amiable par voie de règlement collectif de dettes ?  
Oui  Non
2. Vous êtes-vous vu imposer un plan de règlement judiciaire ?  
Oui  Non
3. Avez-vous obtenu la révision d'un plan de règlement judiciaire ?  
Oui  Non

Si vous avez répondu 'oui' à l'une des questions précédentes, il vous est demandé de préciser la date ci-dessous.

Date : .....

- C. Êtes-vous gérant, administrateur ou associé actif d'une société pour laquelle, dans le cadre d'une **réorganisation judiciaire** au sens de la loi du 31 janvier 2009 relative à la continuité des entreprises, un jugement déclarant ouverte la procédure a été prononcé ?

Oui  Non

1. Si oui, date du jugement (*à préciser*) :

Nom de la société : .....

Adresse : .....

Numéro d'entreprise : .....



F. Avez-vous une ou plusieurs personnes à charge ?

Oui  Non

Si oui, précisez votre lien avec cette/ces personne(s) :

- Conjoint
- Cohabitant
- Enfant(s)
- Parent(s)
- Autre (à préciser) : .....

Veuillez joindre une preuve (de votre mutuelle) dont il ressort que vous avez des « personnes à charge ». Sans cette preuve, nous ne pouvons pas vous accorder l'allocation majorée.

#### 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.

Je suis au courant que l'intégralité de l'intervention financière pourrait faire l'objet d'une récupération, au cas où j'omettrais de signaler une quelconque modification qui interviendrait.

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

Fait à ....., le .....

Signature du demandeur :

Document à renvoyer par recommandé à la caisse d'assurances sociales avant le .....