

**Demande de droit passerelle
en cas de cessation ou interruption forcée**

Madame, Monsieur,

Le droit passerelle consiste en une prestation financière mensuelle pendant 12 mois maximum et d'un montant de 1.454,81* euros pour une personne isolée et 1.817,94* euros pour une personne avec charge de famille avec maintien de certains droits sociaux pendant maximum 4 trimestres. L'indemnité de ce droit passerelle n'est due que pour la période de l'interruption et ce, pour autant que celle-ci soit de minimum 7 jours civils consécutifs :

- 7 jours civils consécutifs d'interruption : 25% de l'indemnité
- 14 jours civils consécutifs d'interruption : 50% de l'indemnité
- 21 jours civils consécutifs d'interruption : 75% de l'indemnité
- 28 jours civils consécutifs d'interruption : 100% de l'indemnité

Pour autant qu'ils aient cessé officiellement toute activité indépendante, le droit passerelle peut être demandé par :

- Les indépendants faillis et les gérants, administrateurs et associés actifs d'une société qui a été déclarée en faillite.
- Les indépendants ayant obtenu un règlement collectif de dettes dans les trois ans précédant leur cessation.
- Les indépendants qui, à cause de circonstances indépendantes de leur volonté, sont forcés d'interrompre temporairement ou définitivement toute activité indépendante. Les situations visées sont : catastrophe naturelle, incendie, détérioration, allergie (professionnelle) ou une décision d'un acteur économique tiers ou un évènement ayant des impacts économiques.
- Les indépendants qui se trouvent en difficultés économiques.
- Les aidants et conjoints aidants peuvent également introduire une demande de droit passerelle.

Toute demande doit être examinée par nos services de manière approfondie. Si vous trouvez dans l'un des cas susmentionnés, nous vous invitons à compléter le formulaire correspondant.

En annexe, vous trouverez le formulaire officiel de renseignements que nous vous invitons à compléter, signer et renvoyer par recommandé avant la fin du 2^e trimestre qui suit celui de la cessation ou de l'interruption forcée de votre activité consécutive à l'une des situations suivantes : catastrophe naturelle, incendie, destruction ou allergie.

Nous attirons votre attention sur le fait que la législation en matière du statut social vous impose l'obligation de nous communiquer, endéans les quinze jours, toute modification aux renseignements mentionnés sur ce formulaire.

L'intégralité de l'intervention financière pourrait faire l'objet d'une récupération, au cas où vous omettriez de signaler une quelconque modification de votre situation.

Nous restons à votre disposition pour toute information complémentaire et nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'assurance de notre considération distinguée.

(*) Barème au 01/08/2022

**Formulaire de renseignements
Droit passerelle**

Document à renvoyer par **RECOMMANDÉ**
à "**GROUP S - CASI Rue des Ursulines 2, 1000 Bruxelles**",
accompagné des preuves demandées.

***Tant que ces documents ne seront pas en notre possession,
nous ne pourrons pas prendre votre demande en
considération.***

I. Données d'identification

Nom : Prénom : Numéro national :

Résidence principale en Belgique :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Tél. : Fax : E-mail :

Compte bancaire destiné à cette prestation : au nom de :

II. Situation familiale

Avez-vous au moins une personne à charge (conjoint, cohabitant, parent, grand-parent, enfant,...) ? OUI NON

⇒ Si OUI, joignez à la présente une attestation de votre mutuelle indiquant les personnes à charge. Vous pouvez utiliser le document pré-imprimé en annexe (à compléter par la mutuelle). A défaut de celui-ci, nous devons considérer que vous n'avez pas de personne à charge et ne pouvez pas prétendre à la prestation financière majorée.

III. Situation spécifique

Avez-vous été **forcé d'interrompre ou de cesser** votre activité indépendante ? OUI NON

Si OUI, complétez les informations suivantes :

- J'ai été forcé d'interrompre/cesser (biffez la mention inutile) mon activité indépendante du/...../..... au/...../..... (estimation de la date de reprise) suite à **une calamité naturelle** (y compris, les calamités agricoles).
 - ⇒ 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 du/...../..... au/...../..... (estimation de la date de reprise) suite à **un incendie**.
 - ⇒ 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 du/...../..... au/...../..... (estimation de la date de reprise) suite à **la détérioration** de mon bâtiment à usage professionnel et/ou outillage professionnel (biffez la mention inutile).
 - ⇒ 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 en raison d'une **allergie**.
- *Faites compléter l'attestation médicale ci-jointe par le médecin-conseil de votre mutuelle et renvoyez-la avec le présent formulaire.*
 - **Attention** : si vous n'avez pas bénéficié d'indemnités d'incapacité de travail pendant douze mois, vous n'entrez pas encore 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 du/...../..... au/...../..... (estimation de la date de reprise) suite à **une décision** d'un acteur économique tiers ou d'un **événement** ayant des impacts économiques, tel que par exemple la crise du coronavirus (*biffez la mention inutile*).
- *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.

IV. Situation socio-professionnelle

A. Activité professionnelle

- Exercez-vous **actuellement** une activité professionnelle ? OUI NON

Si OUI, précisez votre statut actuel :

- Travailleur salarié depuis le/...../.....
- Travailleur indépendant depuis le/...../.....
- Fonctionnaire depuis le/...../.....
- Autre (à préciser) : depuis le/...../.....

- Êtes-vous mandataire/associé actif d'une autre société que celle déclarée en faillite ou concernée par l'interruption / la cessation forcée ? OUI NON

Si OUI, précisez la dénomination de la/des

société(s) :

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

B. Revenu de remplacement

- Avez-vous perçu des allocations de chômage **dans le passé** ? OUI NON

- Bénéficiez-vous **actuellement** d'un revenu de remplacement (belge/étranger) ? OUI NON

Si OUI, précisez la nature de ce revenu :

- Allocations de chômage depuis le/...../.....
- Pension depuis le/...../.....
- Pension de survie ou allocation de transition depuis le/...../.....
- Indemnités d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité depuis le/...../.....
- Autre (à préciser) : depuis le/...../.....

- ⚡ Si vous pouvez potentiellement prétendre à un quelconque revenu de remplacement belge ou étranger, vous n'avez en aucune façon droit à la prestation financière dans le cadre du droit passerelle.

- Avez-vous **demandé** à bénéficier d'un revenu de remplacement (belge/étranger) ? OUI NON

Si OUI, précisez la nature de ce revenu :

- Allocations de chômage
- Pension
- Pension de survie ou allocation de transition
- Indemnités d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maternité
- Autre (à préciser) :

C. Revenu d'intégration

- Avez-vous bénéficié d'avances du CPAS sur la prestation financière versée dans le cadre du droit passerelle ? OUI NON

➤ *Si OUI, joignez le récapitulatif du CPAS.*

D. Bénéfice antérieur du droit passerelle

- Avez-vous bénéficié antérieurement du droit passerelle (ancienne assurance sociale faillite) ? OUI NON

V. Déclaration sur l'honneur

Je déclare avoir complété correctement le présent formulaire.

Je confirme que le paiement de l'allocation doit effectivement être viré sur le numéro de compte que j'ai mentionné sur ce formulaire.

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 dans ma situation.

Je suis conscient(e) que l'octroi du droit passerelle est subordonné à la condition relative au paiement effectif de 4 trimestres pendant la période de référence de 16 trimestres précédant le premier jour du trimestre suivant celui de la cessation ou interruption. Une régularisation ou une dispense de cotisations sociales peuvent donc avoir un impact sur le respect de cette condition.

Je sais que les déclarations fausses ou inexactes peuvent entraîner des poursuites judiciaires et la récupération des sommes indûment perçues.

Fait à :

Le :

SIGNATURE

Attestation mutualité

à faire valoir dans le cadre de la prestation du droit passerelle.
Déclaration à faire compléter et signer par la mutualité.

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de :

au sein de la mutualité :

confirme que :

.....

est affilié(e) à notre organisme pour l'assurance maladie du/...../..... au/...../..... , et ce, en qualité d'ayant-droit.

la personne susmentionnée a au moins une personne à charge, au sens de l'article 123 de l'Arrêté Royal du 03/07/1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14/07/1994.

Prénom	Nom	A partir du	Jusqu'au

la personne susmentionnée n'a pas de personnes à charge.

Fait à :

Le : SIGNATURE + CACHET

Attestation médicale

à faire valoir dans le cadre de la prestation du droit passerelle.

Déclaration à compléter et signer par le médecin-conseil de
l'organisme assureur.

Je soussigné(e) :

agissant en qualité de médecin-conseil auprès de l'organisme d'assurance :

confirme que :

.....

.....

souffre d'**une allergie** causée par l'exercice de son activité indépendante spécifique.

J'atteste que :

- l'allergie **est incompatible** avec la poursuite de cette activité indépendante spécifique ;
- l'intéressé, après l'épuisement de ses droits à des indemnités d'incapacité de travail pendant les périodes d'incapacité de travail primaire (*visées à l'article 6, 1° et 2°, de l'Arrêté Royal du 20/07/1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et conjoints aidants*) **n'est plus/pas reconnu invalide pendant la période d'invalidité** (*telle que visée à l'article 6, 3°, de l'Arrêté royal précité*) 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 est apte à exercer n'importe quelle activité professionnelle qui lui serait imposée de manière équitable entre autre, compte tenu de sa condition, de son état de santé et de sa formation professionnelle (article 20 de l'Arrêté Royal du 20/07/1971).

Fait à :

Le : SIGNATURE + CACHET