

## Déclaration d'arrêt de l'activité indépendante

### Case 1: Données générales

Numéro national	_____				
Nom	_____	Prénom	_____		
Rue	_____	N°	_____	Bte	_____
Code Postal	_____	Commune	_____		
Date de naissance	_____	Lieu de naissance	_____		
Téléphone/GSM	_____	Fax	_____		
Email	_____				

### Case 2: Arrêt

2.1 Avez-vous arrêté complètement ces activités comme indépendant ?

Oui

chef d'entreprise société unipersonnelle, aidant indépendant, conjoint aidant

gérant société (rénuméré / non rénum.), administrateur / gestionnaire (rénuméré/non rénum.), associé actif

autre \_\_\_\_\_

Ajoutez les preuves nécessaires

2.2 Date de l'arrêt \_\_\_\_\_

2.3 Date \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

## Droits éventuels

### Assimilation pour cause de maladie

Si vous avez arrêté votre activité principale indépendante en raison d'une incapacité de travail d'au moins 66%, vous pouvez demander l'assimilation pour cause de maladie. Vous conservez de ce fait tous vos droits (pension, allocations familiales, ..) sans paiement de cotisation.

Souhaitez-vous faire usage de cette possibilité?  Oui  Non

### Assurance continuée

Après l'arrêt complet d'une activité principale indépendante, vous pouvez prétendre, dans l'attente d'une autre activité professionnelle, à l'assurance continuée. Cette assurance garantit vos droits dans le statut social pour une durée maximum de 2 ans. Si vous atteignez l'âge de la retraite anticipée dans le courant de ces 2 années, le terme peut être éventuellement prolongé de 5 ans, au plus tard jusqu'à l'âge de la retraite normale.

Il doit être satisfait de manière cumulée aux conditions suivantes:

- avoir travaillé au moins un an comme indépendant (occupation à titre principal)
- avoir arrêté complètement votre activité indépendante
- ne pas pouvoir prétendre à l'assimilation pour cause de maladie
- ne pas bénéficier d'une (pré)pension

Rem. La demande d'assurance continuée doit se faire endéans les 3 trimestres qui suivent celui au cours duquel vous avez arrêté votre activité.

Souhaitez-vous faire usage de cette possibilité?  Oui  Non

### Droit passerelle

#### Vous êtes

- En faillite
- l'indépendant obligé a cesser les activités due à
- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> calamités naturelles                                    | <input type="checkbox"/> incendie |
| <input type="checkbox"/> destruction (outil de travail ou bâtiment professionnel | <input type="checkbox"/> allergie |

#### L'assurance comprend

- la conservation de vos droits aux allocations familiales et aux soins médicaux pendant 4 trimestres au maximum sans paiement de cotisation
- une prestation mensuelle pendant 12 mois au maximum

Vous trouverez les conditions et la procédure de demande dans la note jointe en annexe.

Souhaitez-vous faire usage de cette possibilité?  Oui  Non

### Droits éventuels? – voir note d'information