



Caisse nationale auxiliaire d'assurances sociales pour travailleurs indépendants

INASTI (CNH)

DEMANDE D'ASSURANCE SOCIALE EN CAS DE FAILLITE

I. LE DECLARANT

Je demande à bénéficier de l'assurance sociale en cas de faillite.

Nom : Prénom :

NISS (N° du Registre national) : ou n° d'affiliation :

Résidence principale en Belgique

Depuis le :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

Tél. :/..... Fax :/.....

Compte postal ou bancaire n° au nom de

II. LE DECLARANT MARIÉ

Nom de votre conjoint : Prénom :

Etes-vous séparé de votre conjoint ? OUI NON

Quel est son statut :

- travailleur salarié -----> depuis le .. / .. / ..
- travailleur indépendant -----> depuis le .. / .. / ..
- fonctionnaire-agent des services publics -----> depuis le .. / .. / ..
- chômeur -----> depuis le .. / .. / ..
- pensionné -----> depuis le .. / .. / ..
- reconnu en incapacité de travail -----> depuis le .. / .. / ..
- autre (*préciser*) :
- sans

III. SITUATION DU DÉCLARANT

- A. Déclaré en **faillite personnelle** le .. / .. / ..
par le Tribunal de commerce de
- A obtenu par jugement l'homologation d'un plan de règlement amiable par la voie
d'un règlement collectif de dettes le .. / .. / .. par le Tribunal de
- S'est vu imposer un plan de règlement judiciaire le .. / .. / ..
par le Tribunal de

- A obtenu l'adaptation ou la révision du plan de règlement en date du . . / . . /
par le Tribunal de
- A fait l'objet d'une condamnation pénale relative à la faillite le . . / . . /
par le Tribunal de
ou fait l'objet d'une procédure pénale en cours devant le Tribunal de
depuis le . . / . . /
- A fait l'objet d'une révocation du plan de règlement pour cause d'organisation
d'insolvabilité le . . / . . / par le Tribunal de
- B. Mandataire ou associé actif d'une **société commerciale** déclarée en faillite le
. . / . . / par le Tribunal de commerce de

Dénomination de la société :

Siège social :

Numéro national : • •

- C. Exercez-vous une activité professionnelle depuis la faillite ? OUI depuis le : . . / . . /
 NON
- Etes-vous mandataire d'une société commerciale autre que celle tombée en faillite ? OUI depuis le : . . / . . /
 NON
- Avez-vous cessé toute activité professionnelle depuis l'obtention du plan de règlement ? OUI depuis le : . . / . . /
 NON
- Bénéficiez-vous de revenus de remplacement (pension, allocations de chômage, indemnités de maladie, ...) ? OUI depuis le : . . / . . /
 NON
- Avez-vous bénéficié antérieurement de l'assurance sociale en faveur des travailleurs indépendants en cas de faillite ? OUI
 NON
- D. Avez-vous une personne à charge (conjoint, cohabitant, ascendants, enfants, ...) ? OUI
 NON

IV. DÉCLARATION

Je m'engage à signaler, dans les quinze jours, à ma caisse d'assurances sociales toute modification dans les renseignements communiqués ci-dessus.

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

Date : . . / . . /

Signature

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

Les données qui vous sont demandées ne seront utilisées qu'aux seules fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et, au besoin, de les faire rectifier. Vous devez, pour ce faire, vous adresser à l'agent qui instruit votre dossier (informez-vous auprès de l'agent mentionné ci-dessus).