

Par Recommandé

Xerius Caisse d'Assurances Sociales
Rue Royale 269
1030 Bruxelles

Requête

Je soussigné(e), _____, affilié(e) auprès de Xerius Caisse d'Assurances, ayant son siège social à 1030 Bruxelles, Rue Royale 269, sous la référence _____, demande d'introduire un examen quant à la possibilité de pouvoir bénéficier de l'assurance en cas de faillite suivant l'AR du 18/11/1996.

Date faillite: _____

Les données que vous complétez sur ce document sont uniquement utilisées afin de calculer vos cotisations dues dans le cadre du statut social des qu'indépendants. Elles sont protégées par la loi du « Traitement des données personnelles » du 08/12/1992. Vous pouvez toujours les consulter ou les corriger dans nos agences.

(Signature)

Assurance sociale en cas de faillite

I. LE DEMANDEUR

Je souhaite bénéficier de l'assurance sociale en cas de faillite.

Nom: _____

Numéro national: _____

Adresse principale en Belgique

Depuis le: _____

Rue: _____

Numéro postal et commune: _____

Téléphone: _____ Fax: _____

Numéro de compte: _____ au nom de _____

II. LE DEMANDEUR MARIÉ

Nom de votre conjoint: _____

Prénom: _____

Vivez-vous séparé de votre conjoint:

OUI NON

Quel est son statut:

salarié _____ depuis le ___/___/_____

indépendant _____ depuis le ___/___/_____

fonctionnaire - membre du personnel d'un service public _____
depuis le ___/___/_____

chômeur _____ depuis le ___/___/_____

pensionné _____ depuis le ___/___/_____

inapte au travail _____ depuis le ___/___/_____

autre (précisez) _____ depuis le ___/___/_____

sans

III. SITUATION DU DEMANDEUR

Déclaré en faillite personnelle le ___/___/_____ par le tribunal de commerce de _____

A obtenu l'homologation d'un règlement d'apurement à l'amiable dans le cadre d'un règlement collectif des dettes, le ___/___/_____, par une décision judiciaire prononcé par le tribunal de _____.

A été condamné(e) le ___/___/_____ par le tribunal de _____ à un régime d'apurement judiciaire.

A obtenu, par un jugement du ___/___/_____ du tribunal de _____, l'adaptation ou la révision du règlement des dettes.

A fait l'objet, le ___/___/_____, d'un jugement pénal concernant la faillite, prononcé par le tribunal de _____ ou fait l'objet d'une procédure pénale en instance depuis le ___/___/_____ devant le tribunal de _____.

- A fait l'objet, le ___/___/___, d'une révocation du règlement des dettes par le tribunal de _____ pour avoir organisé son insolvabilité
- Est mandataire ou associé actif d'une société commerciale déclarée en faillite le ___/___/___ par le tribunal de commerce de _____.
- Nom de la société: _____
- Siège de la société: _____
- Numéro national (ou numéro de TVA): _____

Exercez-vous une activité professionnelle depuis la faillite?

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

Etes-vous mandataire d'une autre société que celle déclarée en faillite?

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

Avez-vous cessé toute activité professionnelle depuis l'octroi d'un règlement d'apurement?

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement? (pension, allocation de chômage, indemnité de maladie, ...)

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

Avez-vous bénéficié d'une assurance sociale en faveur des faillis dans le passé?

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

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

- NON OUI, depuis le ___/___/___.

Nous vous prions de bien vouloir nous fournir une preuve de votre mutualité d'où ressort que vous avez des personnes à charge. Si nous ne sommes pas en possession de cette preuve, nous ne pouvons pas vous payer la prestation majorée.

IV. DECLARATION

Je m'engage à communiquer dans les quinze jours à Xerius Caisse d'Assurances Sociales tout changement survenu aux renseignements fournis sur le présent document.

Je suis conscient du fait que toute déclaration fautive ou incomplète peut mener à la revendication des allocations payées indûment, sans préjudice de poursuites judiciaires.

Date: ___/___/___

Signature:

Document à retourner à Xerius Caisse d'Assurances Sociales avant le ___/___/___.

Les données sollicitées seront utilisées aux seules fins du traitement de votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter et, le cas échéant, de faire rectifier ces données. Veuillez vous adresser, à cette fin, à votre interlocuteur attitré à notre caisse.