

Mechelen, le \_\_\_\_\_  
F 78  
Votre interlocuteur: Vets A.  
Tél.: 015/45.12.51  
Numéro National: \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE L'ASSURANCE SOCIALE EN CAS DE FAILLITE  
OU DE DECONFITURE**

**A renvoyer par recommandé à votre caisse d'assurances sociales Multipen, avant le .../.../.....**

Je, soussigné(e), nom: \_\_\_\_\_, prénom: \_\_\_\_\_  
N° du Registre national: □□□□□□ - □□□□ - □□  
Résidence principale: rue, n° et Bte: \_\_\_\_\_  
Code postal et localité: \_\_\_\_\_  
Date de début de la profession indépendante: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**introduit une demande afin de bénéficier des avantages de l'assurance sociale en cas de**

- faillite** conformément à l'arrêté royal du 18/11/1996 (Moniteur Belge du 13/12/1996).  
 **déconfiture** conformément à l'arrêté royal du 7/9/2003 (Moniteur Belge du 1/10/2003).

**Ma situation:**

- a)  déclaré en faillite personnelle en tant que travailleur indépendant  
b)  gérant d'une société commerciale déclarée en faillite  
 administrateur d'une société commerciale déclarée en faillite  
 associé actif d'une société commerciale déclarée en faillite  
Dénomination et siège social de la société: \_\_\_\_\_

- c)  indépendant en déconfiture

**Le jugement**  déclaratif de faillite  de résolution de concordat après faillite  
a été prononcé le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**J'ajoute une copie du jugement mentionné ci-dessus ou d'une règlement collectif de dettes**

**Je voudrais recevoir ma correspondance à:**

- l'adresse ci-dessus  
 une autre adresse au nom du tiers: nom et prénom: \_\_\_\_\_  
rue, n° et Bte: \_\_\_\_\_  
Code postal et localité: \_\_\_\_\_

parenté avec le tiers: \_\_\_\_\_

Fait à: \_\_\_\_\_ le: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_