

**RADIATION PERSONNE PHYSIQUE**  
(DANS LA BANQUE CARREFOUR DES ENTREPRISES)

**INFORMATIONS PREALABLES**

La demande est complétée par :  
(Cocher la case)

- l'indépendant  
 un héritier  
 un mandataire avec procuration, un comptable ou un intermédiaire (1)  
 un front-office de PARTENA : .....

(1) : Veuillez compléter la rubrique réservée aux mandataires et aux comptables ou intermédiaires à la page 2.

**Avertissement préalable :**

L'opération de radiation actera la fin des activités de l'entreprise. Si votre entreprise possède plusieurs sièges d'exploitation, ils seront obligatoirement tous arrêtés.

**COORDONNEES DU DEMANDEUR**

N° D'ENTREPRISE / N° DE TVA : .....  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 NUMERO NATIONAL : .....  
 LIEU ET DATE DE NAISSANCE : ..... NATIONALITE : .....  
 DOMICILE : RUE : ..... N° ..... BTE .....  
 CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....  
 TEL : ..... GSM : ..... FAX : .....  
 E-MAIL : .....

**ADRESSE DE CORRESPONDANCE (cadre à compléter si adresse différente du domicile)**

RUE : ..... N° ..... BTE .....  
 CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....  
 PERSONNE DE CONTACT :  
 NOM : ..... PRENOM : .....  
 TEL : ..... GSM : ..... FAX : .....  
 E-MAIL : .....

**NOM DE LA CAISSE D'ASSURANCES SOCIALES** .....

Si vous êtes affilié aux Assurances sociales pour indépendants PARTENA et que vous voulez déclarer la cessation de votre activité indépendante, veuillez remplir la « Déclaration de cessation de l'activité indépendante » à la page 4.

**DATE D'ARRET DEFINITIF DE L'ENTREPRISE** ..... / ..... / .....

**RAISON D'ARRET DEFINITIF DE L'ENTREPRISE**

- CESSATION DE L'ACTIVITE  
 DECES  
 FAILLITE  
 CESSION DE L'ENTREPRISE AU CESSIONNAIRE SUIVANT :  
     DENOMINATION : .....  
     ADRESSE : .....  
     N° D'ENTREPRISE DU CESSIONNAIRE : .....

**INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES**

Combien d'unités d'établissement avez-vous ? .....  
 Etes-vous en possession d'une carte ambulant ou d'une carte forain ?    OUI    NON  
 Si oui, veuillez nous restituer la carte ambulant et/ou la carte forain. Vous pouvez les envoyer au Guichet d'Entreprises de PARTENA.

**ATTENTION**

Veuillez signer la demande de radiation ci-dessous. Si vous souhaitez que le Guichet d'Entreprises de PARTENA effectue d'autres formalités administratives, remplissez les données et signez la procuration à la page 3. Si vous êtes affilié à la caisse d'assurances sociales pour indépendants de PARTENA et que vous voulez déclarer la cessation de votre activité indépendante, veuillez remplir et signer la « Déclaration de cessation de l'activité indépendante » à la page 4.

FAIT A : ..... LE : -----

CERTIFIE EXACT ET SINCERE,

SIGNATURE,

**RUBRIQUE RESERVEE AUX MANDATAIRES ET AUX COMPTABLES OU INTERMEDIAIRES AVEC PROCURATION**  
(si les données ne sont pas complétées par l'indépendant mais par un mandataire, un comptable ou un intermédiaire, complétez les données ci-dessous).

NOM : ..... PRENOM : .....  
NUMERO NATIONAL : .....  
RUE : ..... N° ..... BTE .....  
CODE POSTAL : ..... LOCALITE : .....  
TEL : ..... GSM : ..... FAX : .....  
E-MAIL : .....

- Veuillez joindre la procuration -

**RESERVEE AUX COMPTABLES ET INTERMEDIAIRES**

NUMERO D'INTERMEDIAIRE PARTENA : .....  
NOM COMMERCIAL : ..... N° D'ENTREPRISE : .....

(Cocher la case)

- Les documents financiers doivent être établis au nom du client et envoyés au client.
- Les documents financiers doivent être établis au nom du client et envoyés au comptable.
- Les documents financiers doivent être établis au nom du comptable.

Souhaitez-vous obtenir un n° d'intermédiaire ou d' e-account ?     OUI     NON

**Note concernant la protection de la vie privée :** Les données à caractère personnel que vous nous communiquez, sont destinées à être traitées par le Guichet d'Entreprises PARTENA dans le cadre de sa mission légale comme défini dans la loi du 16/01/2003 relative à la constitution des Guichets d'Entreprises. A l'exception des données médicales et sociales à caractère personnel, ces données seront traitées aux fins d'assurer la promotion des services de PARTENA ainsi que d'autres partenaires. En vertu de la loi du 11 décembre 1998 (A.R. 13.02.2001), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins décrites ci-dessus, faites-le nous savoir en envoyant soit un e-mail à : [gea.bmf@partena.be](mailto:gea.bmf@partena.be), soit un courrier au service "Coordination Technique" du Guichet d'Entreprises PARTENA, Boulevard Anspach 1, 1000 Bruxelles.

## AUTRES FORMALITES ADMINISTRATIVES

Veillez sélectionner les formalités administratives que le Guichet d'Entreprises PARTENA peut effectuer pour vous.  
Attention ! Certaines formalités nécessitent de compléter des documents spécifiques. Ceux-ci vous seront soit présentés lors de votre visite soit envoyés par nos soins.  
(Il est nécessaire de compléter la « Procuration au Guichet d'Entreprises PARTENA », si vous sélectionnez des formalités ci-dessous.)

### Demande de cessation de la TVA

- A radier à partir du : ...../...../.....
- Détenez-vous encore des biens de votre entreprise ?
  - NON, tous les biens ont été vendus avant la cessation de l'activité TVA
  - OUI, je conserve certains biens pour une valeur de € .....
- Subsiste-t-il encore des créances ?
  - NON
  - OUI, pour un montant de € .....
- La cessation de l'activité s'accompagne-t-elle de la cession du fonds de commerce ?
  - NON
  - OUI : nom du cessionnaire : .....
  - Adresse : .....
  - Numéro de tél : .....
  - Numéro d'entreprise : .....
- Etendue de la cession
  - totale
  - partielle
- La cession comprend-t-elle le transfert du solde de la TVA du cédant ?
  - NON
  - OUI

### Souhaitez-vous informer d'autres entreprises PARTENA de la cessation de vos activités ?

- la Mutualité PARTENA
- les Allocations familiales PARTENA
- le Secrétariat social PARTENA

### PROCURATION AU GUICHET D'ENTREPRISES

Le soussigné, ..... demeurant à .....  
.....  
agissant

- en nom personnel
- au nom de .....  
ayant son domicile à .....

donne par la présente procuration au Guichet d'Entreprises PARTENA Boulevard Anspach 1 à 1000 Bruxelles d'effectuer toutes les opérations pour

- la radiation à la T.V.A.,

et ce, uniquement basé sur l'information procurée par le soussigné.

FAIT A : ..... LE : .....

CERTIFIE EXACT ET SINCERE,

SIGNATURE,

## Déclaration de cessation de l'activité indépendante

Pour permettre à l'Institut National d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants (I.N.A.S.T.I.) de fixer la date de suspension de votre affiliation, nous vous invitons à nous renvoyer la déclaration ci-dessous, complétée et signée :

Notre référence : .....

### A. DECLARATION DE CESSATION D'ACTIVITE

Je soussigné(e) .....  
né(e) à ..... le .....  
habitant à .....  
rue ..... n° ..... bte .....  
certifie ne plus exercer aucune activité professionnelle indépendante ou d'aidant, **même à titre complémentaire**, depuis le .....  
Je m'engage à signaler immédiatement la reprise d'une quelconque activité indépendante.

Fait à ....., le .....  
(signature)

### B. QUESTIONNAIRE A COMPLETER

1. Exercez-vous actuellement une autre profession ? OUI - NON (\*)  
Si oui, laquelle ?
2. Votre activité indépendante a-t-elle pris fin par suite de maladie ou d'invalidité ? OUI - NON (\*)  
Le taux de votre incapacité dépasse-t-il 66% ? OUI - NON (\*)  
Désirez-vous être documenté(e) sur les avantages et conditions de cette assurance ? OUI - NON (\*)
3. Votre activité indépendante a-t-elle pris fin pour cause de faillite ou de résolution d'un concordat ? OUI - NON (\*)  
Si oui, coordonnées du curateur :  
  
Le travailleur indépendant qui possède cette qualité depuis un an au moins et qui cesse son activité pour cause de faillite ou de résolution de concordat, peut sauvegarder, pendant quatre trimestres maximum, ses droits aux allocations familiales et à l'assurance-maladie, sans paiement de cotisations.  
Désirez-vous être documenté(e) sur les avantages et conditions de cette assurance ? OUI - NON (\*)
4. Le travailleur indépendant qui possède cette qualité depuis un an au moins et qui cesse son activité sans pouvoir bénéficier d'une quelconque assimilation, peut, au maximum pendant deux ans, **sauvegarder ses droits à la pension et à l'assurance maladie** dans le cadre de "l'assurance continuée".  
Désirez-vous être documenté(e) sur les avantages et conditions de cette assurance ? OUI - NON (\*) (\*\*)
5. Le travailleur indépendant qui a cessé toute activité professionnelle au cours de la période séparant son 60ème de son 65ème anniversaire peut, quel que soit le motif de sa cessation, **sauvegarder ses droits à la pension et à l'assurance maladie** dans le cadre de "l'assurance continuée".  
Si vous avez l'âge requis, 60 à 65 ans, désirez-vous être documenté(e) sur les avantages et conditions de cette assurance ? OUI - NON (\*) (\*\*)

Signature

(\*) Biffer la mention inutile.

(\*\*) La demande doit être faite avant l'expiration du 2ème trimestre civil qui suit la fin de votre activité.