

☐ Huissier de justice

€

REVENUS IMMOBILIERS du demandeur et son partenaire

Remarque : cette déclaration doit être appuyée par une attestation de l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines (même si vous ne possédez aucun bien immobilier) ainsi que du dernier avertissement extrait de rôle du précompte immobilier.

Nature du bien occupé par le demandeur

- ☐ immeuble ou partie d'immeuble
☐ appartement
☐ autres

Situation :

Revenu locatif (éventuellement d'une partie)

€

Revenu cadastral non-indexé

€

Autres propriétés du demandeur (*)

- ☐ immeuble
☐ appartement
☐ terrain à bâtir
☐ terrain de culture
☐ terrain boisé
☐ autres:

Situation :

Revenu locatif

€

valeur des autres propriétés

€

(*) Joindre une liste reprenant toutes les propriétés avec mention avec les mêmes renseignements tels que spécifiés ci-dessus.

IMPORTANT

Afin de traiter votre dossier rapidement et efficacement, nous vous prions de remplir ce questionnaire, de le signer et de nous le renvoyer à l'adresse en bas de page.

Veuillez justifier les informations fournies autant que possible au moyen de documents.

Les documents récents suivants doivent être fournis dans tous les cas:

- une lettre expliquant votre demande et la situation dans laquelle vous vous trouvez
- une copie du dernier décompte d'impôts
- le détail d'éventuels frais professionnels de l'année précédente (2025) et de l'année en cours (2026, le plus récent possible)
- une copie du/des document(s) détaillant(s) le(s) revenu(s) de remplacement (2026 et 2025)
- une copie de la lettre du Service fédéral des Pensions détaillant le montant mensuel de votre pension de survie, c'est-à-dire la partie de la pension de survie tant que salarié (éventuel) et la partie tant qu'indépendant
- une copie du dernier extrait bancaire avec le montant de la pension légale mensuelle la plus récente
- une copie du dernier extrait bancaire de tous vos comptes financiers reprenant le solde le plus récent
- une attestation de l'Administration de l'Enregistrement et des Domaines (même si vous ne possédez aucun bien immobilier)
- une copie du dernier avertissement extrait de rôle du précompte immobilier de tous vos biens éventuels
- un aperçu de toutes vos dettes actuelles
- un document qui confirme la composition du ménage
- une copie recto-verso de votre carte d'identité

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et sans restriction.

À, le/...../2026
(Signature du demandeur)

Vous pouvez consulter notre déclaration relative au traitement de vos données personnelles sur notre site web www.solidarit.be



Fonds de solidarité

des avocats
et des huissiers de justice ASBL

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL concernant une intervention pour incapacité de travail à compléter par le médecin traitant	N° de dossier :										
Nom et prénom du demandeur:											
<u>Incapacité due à une maladie</u>											
Date de la première manifestation	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
Date du premier examen médical	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
Diagnostic précis et complet:											
<u>Incapacité due à un accident</u>											
Date de l'accident	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
Lieu de l'accident											
Cause de l'accident											
Date du premier examen médical	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
Description des lésions:											
Pronostic											
- Taux actuel d'incapacité économique	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 100px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; text-align: center;">%</td></tr></table>		%								
	%										
- Durée présumée	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 100px; height: 20px;"></td></tr></table>										
- Durée et taux de l'incapacité économique permanente éventuelle											
<u>En cas d'hospitalisation éventuelle</u>											
- Début	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
- Durée présumée	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">/</td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>			/			/				
		/			/						
- Établissement											

Nom, adresse et cachet du médecin :

Fait à le,

Signature

Vous pouvez consulter notre déclaration relative au traitement de vos données personnelles sur notre site web www.solidarit.be