

N'oubliez pas de conserver une copie du formulaire pour vous et de joindre les éventuelles annexes. N'oubliez pas de joindre, le cas échéant, le document à compléter par votre conjoint ou partenaire (voir cadre 2)

Lorsque vous complétez ce document, veuillez:
(1) cocher la case choisie (2) écrire les noms en caractère d'imprimerie

Partenaire Securex

N°:

Nom:

DÉCLARATION D'AFFILIATION D'INDÉPENDANT OU D'AIDANT D'INDÉPENDANT

Vos données d'identification

Nom⁽²⁾:

Prénoms⁽²⁾:

Né(e) le:

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

Nationalité:

Sexe ⁽¹⁾: masculin féminin

Etat civil⁽¹⁾: célibataire marié cohabitant légal veuf(ve) séparé(e) de fait

séparé(e) de corps divorcé(e) Depuis:

Numéro national:

Langue: néerlandais français allemand

Numéro de compte bancaire:

IBAN:

BIC:

Résidence principale

Rue:

Numéro: Boîte: Code postal:

Localité:

Pays:

Tél.: GSM:

Fax:

E-mail:

Adresse correspondance (à compléter uniquement si cette adresse diffère de la résidence principale)

Nom:

Rue:

Numéro: Boîte: Code postal:

Localité:

Pays:

Données d'identification de votre conjoint ou partenaire

(à compléter uniquement si vous êtes marié(e), séparé(e) de corps ou de fait ou lié(e) par une déclaration de cohabitation légale attestée par l'officier de l'état civil)

Nom⁽²⁾:

Prénoms⁽²⁾:

Né(e) le:

Numéro national (verso de la carte d'identité):

Lieu de naissance:

Pays de naissance:

Nationalité:

Sexe⁽¹⁾: masculin féminin

Code postal: (si elle diffère de celle de l'affilié)

Rue:

Numéro:

Boîte:

Code postal:

Localité:

Pays:

Votre conjoint vous aide-t-il dans votre activité d'indépendant? oui non

Votre conjoint exerce-t-il une activité professionnelle? oui non

Votre conjoint/partenaire doit compléter le document en annexe intitulé "Document à remplir par chaque conjoint ou partenaire d'un travailleur indépendant"

Données d'identification de votre conjoint ou partenaire

Activité exercée:

Début d'activité (ou de reprise d'activité):

Date de fin d'activité (à compléter uniquement si vous avez cessé entre-temps l'activité pour laquelle vous vous affiliez):

Numéro d'entreprise:

Etes-vous mandataire, gérant ou associé actif dans une société? ⁽¹⁾ non oui: Dans ce cas, complétez les rubriques ci-dessous

Nom de la société:

Forme juridique:

Numéro d'entreprise:

Siège social:

Votre mandat est-il rémunéré? ⁽¹⁾ oui non

Si vous êtes gérant, administrateur ou associé actif dans une(des) autre(s) société(s), joignez à la présente un document reprenant leurs coordonnées complètes (nom, n° d'entreprise...).

Êtes-vous l'aidant(e) d'un indépendant? ⁽¹⁾ non oui

Dans l'affirmative, complétez les rubriques ci-dessous.

Nom:

Prénoms:

Numéro national:

Adresse

Rue:

Nummer:

Boîte:

Postcode:

Localité:

Pays:

Aangesloten bij het Caisse d'Assurances Sociales :

Activité exercée(donnez une courte description):

Activité à l'étranger

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger? ⁽¹⁾ non oui: Précisez

Pays dans lequel l'activité est exercée:

Il s'agit d'une activité salariée indépendante relevant d'un autre statut

Autre activité professionnelle

Exercez-vous une activité professionnelle en plus de votre activité indépendante? ⁽¹⁾

non oui:

joindre une attestation de l'employeur précisant votre horaire de travail (nombre d'heures par semaine), la nature de l'activité, la date de début de cette activité, l'horaire correspondant à une activité à temps plein dans l'entreprise.

Interruption de carrière / crédit-temps

Bénéficiez-vous d'une interruption totale de carrière ou d'un crédit-temps? ⁽¹⁾

non oui:

précisez dans quel secteur vous travaillez et durant quelle période vous bénéficiez d'une interruption de carrière/crédit-temps

secteur privé

du

au

personnel contractuel du secteur public

du

au

personnel nommé des administrations locales et provinciales

du

au

agent de service public nommé

du

au

Bénéficiez-vous d'une indemnité d'interruption de carrière? ⁽¹⁾ non oui

joindre une attestation du bureau de chômage relative à l'octroi ou à la prolongation d'une indemnité d'interruption de carrière/crédit-temps

Travailleur du secteur privé, personnel contractuel du secteur public ou personnel nommé des administrations locales et provinciales

= Qualification d'indépendant à titre complémentaire à condition que vous ayez exercé, pendant au minimum 12 mois avant le début du crédit-temps, une activité indépendante et pour autant qu'il y ait suspension complète de l'autre activité professionnelle, avec bénéfice d'indemnités d'interruption. Si ces conditions ne sont pas remplies, vous êtes considéré comme indépendant à titre principal.

Agents de service public nommés

= Qualification d'indépendant à titre complémentaire pendant la première année d'interruption de carrière. Vous pouvez également être considéré comme indépendant à titre complémentaire pour les 4 années suivantes pour autant que vous fournissiez les pièces justificatives requises en matière d'assimilation avec des périodes d'occupation.

Revenus de remplacement

Bénéficiez-vous d'une pension? ⁽¹⁾

non

oui:

pension de survie

depuis

pension de retraite

depuis

Exercez-vous votre activité indépendante dans les limites du travail autorisé?

non

oui

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une pension?

non

oui, précisez

pension au taux ménage

pension au taux isolé

Bénéficiez-vous d'une indemnité ou d'une allocation sociale? ⁽¹⁾

non

oui, précisez

allocation de chômage

indemnité maladie-invalidité

prépension

autre

Nom de l'organisme payeur::

Exercice d'une activité salariée (ou chômage) avant l'activité indépendante

Exerciez-vous une activité salariée avant le début de votre activité indépendante? ⁽¹⁾

non

oui: précisez

Nom et adresse du dernier employeur:

Rue:

Numéro:

Boîte:

Code postal:

Localité:

Pays:

Description de l'activité salariée:

Date de fin du contrat de travail:

Avez-vous perçu une indemnité de rupture?

non

oui

Bénéficiez-vous d'un préavis?

non

oui van

au

Allez-vous travailler en sous-traitance pour votre employeur précédent?

non

oui

Etiez-vous au chômage avant le début de votre activité indépendante?

non

oui

Quelle activité exerciez-vous avant d'être au chômage?

Procuration

Faites-vous appel à un comptable ou à un conseiller fiscal? ⁽¹⁾

non

oui: précisez

Nom du bureau du comptable/fiscalister:

Rue:

Numéro:

Boîte:

Code postal:

Localité:

Pays:

Par la présente, donnez-vous procuration à votre comptable ou à votre conseiller fiscal pour gérer vos données?

oui

non

Dans l'affirmative, nous pouvons lui adresser directement les attestations d'affiliation, les attestations fiscales, etc.

Les données communiquées à Securex sont traitées par les entités du groupe Securex, conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée. En fonction de l'entité, elles sont traitées à l'une ou plusieurs des fins suivantes: gestion des assurances accidents du travail et autres assurances, gestion de la surveillance préventive de la santé et du bien-être des travailleurs, placement de travailleurs, administration des ayants droit en matière de sécurité sociale, enregistrement des patients dans le cadre de la gestion du contrôle médical sur les incapacités de travail, relations publiques et marketing direct. La liste exhaustive des entités peut être consultée sur www.securex.be ou peut être communiquée à la première demande. Des informations plus spécifiques sur le traitement effectué par une entité déterminée peuvent être demandées aux coordonnées susmentionnées ou être consultées dans le registre public tenu par la Commission de la protection de la vie privée. Vous avez un droit d'accès et de rectification gratuit par rapport à vos données personnelles et un droit d'opposition par rapport au traitement de celles-ci à des fins de marketing direct. Ces droits peuvent être exercés en prenant contact avec Securex - Compliance Officer, Cours Saint-Michel 30, 1040 Bruxelles, ou en adressant un mail à privacy@securex.be.



Securex Integrity

Caisse libre d'assurances sociales pour indépendants

Société sans but lucratif. Agréée par A.R. du 23.10.1967 - RPM Bruxelles

Siège social: avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles - N° d'entreprise: 0409.861.127



Déclaration - Signature

- Je souhaite que mes cotisations provisoires de début d'activité soient calculées sur (1)
le minimum légal un revenu annuel net estimé de EUR
- Je suis au courant du fait que toute déclaration incorrecte ou fausse est punissable par la loi.
- Je confirme d'une part avoir reçu des informations sur l'existence des frais de gestion, le calcul des frais de gestion et des services auxquels ils donnent droit conformément à l'article 20,§4 de l'arrêté royal du 27 juillet 1967.
- Je confirme d'autre part avoir reçu des informations sur les cotisations provisoires et leurs régularisations conformément à l'article 41 bis de l'arrêté royal du 19 décembre 1967.
- Je déclare que les données reprises dans le présent formulaire sont correctes et complètes et que je m'affilie à votre Caisse d'assurances sociales.
- Je m'engage à signaler à ma Caisse d'Assurances Sociales, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant sur ce formulaire d'affiliation (obligation légale).
- Je déclare avoir été informé(e) que:
 - toute personne physique qui exerce en Belgique une activité professionnelle indépendante doit s'affilier au plus tard le jour du début de l'activité indépendante;
 - le travailleur indépendant doit inscrire à la Banque-Carrefour des entreprises toutes ses activités indépendantes;
 - en cas de non-respect de ces obligations, une amende administrative est imposée;
 - les personnes morales sont tenues solidairement au paiement de l'amende administrative imposée à leurs associés ou mandataires.

DÉCLARATION DE DÉMISSION

Je soussigné(e)

Nom

Prénoms

Profession

Date de naissance

Domicilé(e) à

, légalement affilié(e) à la Caisse d'Assurances Sociales en vertu de la loi du 30.12.1992(1):

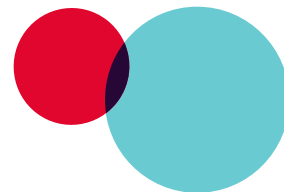
Sous le numéro national

déclare formellement démissionner de ladite Caisse d'Assurances Sociales et adhérer à la Caisse Libre d'Assurances Sociales SECUREX INTEGRITY.

Date: Signature précédée des mots "Lu et approuvé" (2)

(1) Indiquer la dénomination de la Caisse d'Assurances Sociales.

(2) La date et la mention "Lu et approuvé" **doivent être écrites de main propre par l'assuré.**



ATTESTATION D'EMPLOI

L'employeur (nom)

Code postal: :

N° d'immatriculation à l'O.N.S.S.:

atteste par la présente que (nom et prénom du membre du personnel)

habitant

fait partie de notre personnel depuis le au

Il s'agit d'une activité à horaire complet? OUI NON

Si NON :

- Comme salarié(e) durant combien d'heures par semaine?
- Comme fonctionnaire durant combien de mois par an?
et combien d'heures par semaine?
- Comme enseignant durant combien d'heures par semaine?

Combien d'heures sont exigées pour une activité à horaire complet dans la même entreprise ou branche d'activité?

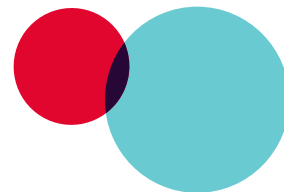
L'intéressé est-il assujéti à une assurance sociale OBLIGATOIRE (impliquant le paiement de cotisations sociales obligatoires) en matière de:

- | | | |
|---------------------------------|-----|-----|
| • Pension de retraite | OUI | NON |
| • Allocations familiales | OUI | NON |
| • Assurances maladie-invalidité | OUI | NON |

Fait à , le

CACHET Signature

(*) Cochez la case adéquate



CHECKLIST

Je m'engage à signaler à ma Caisse d'assurances sociales, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant sur ce formulaire d'affiliation (obligation légale).

Veuillez joindre une attestation de l'employeur avec mention de votre horaire (nombre d'heures par semaine), la nature de l'activité, la date de début de cette activité, l'horaire qui correspond à un emploi à temps plein dans l'entreprise.

DOMICILIATION

Pourquoi ne choisiriez-vous pas ce mode de paiement pratique? La domiciliation présente de nombreux avantages.

Securité

Il n'y a plus aucun risque d'oublier vos paiements, évitant par la même occasion l'imputation de majorations de cotisations.

Date de débit

Les cotisations trimestrielles (y compris les régularisations) sont réclamées automatiquement vers le 20 du dernier mois du trimestre.

Flexibilité

Une domiciliation peut être révoquée à tout moment. Si vous êtes intéressé(e), transmettez l'avis de domiciliation à votre banque.

MANDAT DE DOMICILIATION EUROPÉENNE SEPA BUSINESS TO CUSTOMER (CORE)

Securex Integrity
Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants asbl
Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent
Creditor – ID : BE57ZZZ0409861127

Par la signature de ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Securex Integrity, Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Securex Integrity, Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants. Vous bénéficiez d'un droit de remboursement de la domiciliation Européenne par votre banque selon les conditions stipulées dans la convention conclue avec celle-ci. Toute requête de remboursement doit être introduite dans un délai de 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Identification du débiteur (à compléter par le débiteur)

Nom

N° de registre national

Adresse	Rue	N°	Boîte
	Code postal	Lieu	

Numéro de compte (IBAN)

Code BIC de votre banque
(maximum 11 caractères))

Identification du mandat (à compléter par le créancier)

Nom

Adresse	Rue	N°	Boîte
	Code postal	Lieu	

Référence de mandat

Le type de paiement Récurrent Unique

Nom, date et signature du débiteur

Nom

Lieu

Date

Signature ⁽¹⁾

(1) Le débiteur doit envoyer ce document au créancier.

Securex Integrity, Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants asbl

Siège social : Avenue de Tervueren 43, 1040 Bruxelles – IBAN BE78 3101 1397 5086 – BIC BBRUBEBB

Agréée par l'Arrêté Royal du 23.10.1967 - RPM : Bruxelles - N° d'entreprise : 0409.861.127

Adresse postale: Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent - T +32 78 05 90 10 - mybusiness@securex.be - www.securex.be



Avis destiné au titulaire du compte

1. Le paiement ne sera effectué que pour autant que le compte possède une couverture disponible suffisante.

2. Il est possible que des factures soient encore soumises pour paiement dans les jours qui suivent.

Celles-ci doivent être régularisées comme avant.

3. Chacune des parties impliquées a le droit de révoquer la domiciliation.

Si vous souhaitez révoquer la domiciliation vous-même, adressez-vous à Securex Integrity.

La révocation prendra effet au plus tard 10 jours ouvrables après la remise de l'avis de révocation.

Si la révocation émane du créancier, celui-ci en avertira directement le débiteur des factures.