

## Partenaire Securex

N°: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

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

## Déclaration d'affiliation d'indépendant ou d'aidant d'indépendant

### Vos données d'identification

Nom<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

*(nom de jeune fille pour la femme mariée)*

Prénoms<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_\_

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Pays de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Sexe<sup>(1)</sup>:  masculin  féminin

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

séparé(e) de corps  divorcé(e) Depuis: \_\_\_\_\_

Numéro national: \_\_\_\_\_ Langue:  néerlandais  français  allemand

*(verso de la carte d'identité)*

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<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_  
(nom de jeune fille pour la femme mariée)

Prénoms<sup>(2)</sup>: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_\_ Numéro national: \_\_\_\_\_  
(verso de la carte d'identité)

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Pays de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_ Sexe<sup>(1)</sup>:  masculin  féminin

### Adresse (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"**

## Activité indépendante en Belgique

Activité exercée: \_\_\_\_\_  
(donnez une brève description)

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?** <sup>(1)</sup>  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? <sup>(1)</sup>  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?** <sup>(1)</sup>  non  oui

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

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_

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

### Adresse

Rue: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_ Boîte: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Affilié à la Caisse d'Assurances Sociales: \_\_\_\_\_

Activité exercée (donnez une courte description): \_\_\_\_\_

## Activité à l'étranger

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger? <sup>(1)</sup>  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? <sup>(1)</sup>

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? <sup>(1)</sup>

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? <sup>(1)</sup>  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? <sup>(1)</sup>

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? <sup>(1)</sup>

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? <sup>(1)</sup>  non  oui: précisez

Nom et adresse du dernier employeur: \_\_\_\_\_

Rue: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_ Boîte: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

Lieu: \_\_\_\_\_

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 du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

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

Étiez-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? <sup>(1)</sup>

non  oui: précisez Nom du bureau du comptable/fiscaliste: \_\_\_\_\_

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.

e-mail: integrity@securex.be - www.securex.eu

Caisse libre d'assurances sociales pour indépendants

Association 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: \_\_\_\_\_ (2)

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) .....  
Adresse: .....  
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 ..... / ..... / ..... jusqu'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  
Avenue de Tervueren 43  
1040 Bruxelles  
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 (A compléter par le débiteur)

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Lieu : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

Votre numéro de compte (IBAN) : \_\_\_\_\_

Code BIC de votre banque: \_\_\_\_\_  
(BIC, maximum 11 caractères)

### Identification du mandat (A compléter par le créancier)

Référence du mandat :  
\_\_\_\_\_

Object du mandat: \_\_\_\_\_

Type d'encaissement : \_\_\_\_\_ [ ] récurrent ou [ ] unique

Date : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Lieu de signature : \_\_\_\_\_

Nom du signataire : \_\_\_\_\_

**Signature (1)**

---

(1) Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier

## **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.