

Partenaire Securex

N°

Nom

DÉCLARATION SUR L'HONNEUR D'ÉPOUX(SE) OU DE COHABITANT LÉGAL

Renvoyez ce document PAR RECOMMANDÉ à Securex Integrity, BP 10600, 1040 BRUXELLES.

1 Les données d'identification de mon conjoint/partenaire (indépendant)

Nom

Prénom

Date de naissance

Référence client auprès de
notre Caisse d'assurances
sociales

2 Mes données d'identification

Nom

Prénom

Date de naissance

Nationalité

Numéro de registre
national
(voir carte d'identité)

Sexe

homme

femme

Taal

français

néerlandais

allemand

3 Coordonnées (si elles diffèrent de celles de votre conjoint/partenaire)

Adresse

Rue

N°

Boîte

Code postal

Localité

Pays

Téléphone

Téléphone

Fax

GSM

Adresse e-mail

4 Déclaration *Cochez les mentions qui s'appliquent à vous*

Je déclare sur l'honneur ne pas aider ni remplacer mon conjoint/partenaire ou la personne avec laquelle je cohabite légalement, ou le faire uniquement de façon irrégulière et pour moins de 90 jours par an, dans l'exercice de sa profession d'indépendant.

Mon conjoint/partenaire ou la personne avec laquelle je cohabite est uniquement dirigeant d'entreprise (= mandataire, gérant ou associé actif).

J'exerce moi-même une profession qui m'ouvre des droits à des allocations de pension, à des allocations familiales et à l'assurance maladie-invalidité équivalents à ceux du statut social des indépendants. Cela veut dire que je travaille sous l'un des statuts suivants :

travailleur salarié (au moins à mi-temps)

enseignement (au moins à 60 %)

secteur public (une fonction à titre définitif d'au moins 8 mois ou 200 jours par an et dont le nombre d'heures de travail par mois correspond au moins à un mi-temps)

travailleur indépendant

Je perçois un revenu de remplacement qui m'ouvre des droits à des allocations de pension, à des allocations familiales et à l'assurance maladie-invalidité équivalents à ceux du statut social des indépendants.

Je déclare que les données reprises dans le présent formulaire sont correctes et complètes. Je m'engage à signaler à SECUREX INTEGRITY asbl tout changement pouvant entraîner une obligation d'assurance en tant que conjoint/partenaire aidant.

Fait à

le

Signature

Pensez à conserver une copie du document complété.

