Partena
PROFESSIONAL

Demande d'application de l'article 37 (A.R. 19/12/1967)

(Document valable pour les cotisations à partir du 01.01.2015)

Je soussigné(e) .....

affilié(e) sous le Numéro National

prie la caisse d'assurances sociales (pour les indépendants) de Partena Professional de me faire bénéficier des dispositions de l'article 37 de l'A.R. du 19 décembre 1967 et déclare avoir été informé(e) que je perds tous les droits aux prestations sociales pour la durée de l'exonération ou de la réduction des cotisations sociales (pension, allocations familiales et assurance maladie invalidité).

En annexe, je vous fais parvenir les pièces justificatives suivantes :

1. La preuve de mon état de personne à charge, en qualité de :

   ☐ épouse/époux de : .....

   ☐ veuve/veuf de : .....

1bis. Je suis enseignant statutaire, prestant entre 5 et 6/10èmes de l'horaire prévu pour l'attribution d'un traitement complet: je joins une attestation du directeur d'établissement.

2. Une copie des statuts de la, ou des sociétés, dont je suis mandataire, ou du procès-verbal de l'assemblée générale confirmant la gratuité de mon/mes mandat(s).

Date : .....

Signature (précédée de la mention « **lu et approuvé** »)