

## Affiliation assurances sociales pour indépendants

### 1. L'affilié (à remplir en caractères d'imprimerie)

N° Registre National (NISS) : ..... Date de naissance ..... / ..... / ..... Sexe  F  M

Nom : ..... Prénom : ..... Nationalité : .....

Langue  FR  NL  ALL

#### Domicile principal

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

#### Adresse de correspondance (si elle diffère de votre adresse de domicile)

Nom : ..... Prénom : .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

#### Coordonnées

Gsm/Tél. : ..... E-Mail : ..... Fax : .....

Iban : ..... Bic : ..... Titulaire : .....

### 2. Activité indépendante en Belgique

#### A. Activité

Décrivez brièvement votre activité : .....

Date de début ou de reprise : ..... / ..... / ..... Date de cessation : ..... / ..... / .....

Numéro d'entreprise : ..... Votre activité est-elle soumise à la TVA ?  oui  non

#### B. Etes-vous mandataire gérant ou associé actif dans une société ? (Si oui, joindre une copie de votre nomination)

Nom de la société et forme juridique : .....

Numéro d'entreprise : .....

Souhaitez-vous affilier votre société à la caisse d'assurances sociales (pour des indépendants) de Partena Professional (cotisation sociétaire) ?  oui  non

Souhaitez-vous que le secrétariat social de Partena Professional effectue le calcul du précompte professionnel ?  oui  non

#### C. Etes-vous aidant(e) d'un indépendant ? oui non

Décrivez brièvement votre activité d'aidant(e) : .....

Données relatives à l'indépendant dont vous êtes l'aidant(e):

Nom : ..... Prénom : ..... Lien De Parenté : .....

Rue : ..... N° : ..... Bte : .....

Code Postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Niss de la personne aidée : ..... Numéro d'entreprise de la personne aidée : .....

Affilié(e) auprès de la caisse d'assurances sociales : .....

### 3. Autres activités ou allocations

#### Exercez-vous, outre votre activité indépendante, une autre activité en Belgique ?

oui  non

Si oui  En tant que salarié (répartition de l'occupation par rapport à un temps plein: ..... / ..... )

En tant que fonctionnaire (répartition de l'occupation par rapport à un temps plein: ..... / ..... )

#### Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ?

oui  non

Si oui, le pays où l'activité est exercée .....

S'agit-il d'une activité  salariée  indépendante  autre statut

Merci de joindre une attestation reprenant le nom, l'adresse complète de l'organisme de sécurité sociale dont vous dépendez ainsi que votre n° d'inscription.

#### Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement ?

oui  non

Si oui  Pension de survie depuis le ...../...../.....

Pension de retraite depuis le ...../...../.....

Prépension depuis le ...../...../.....

Interruption de carrière ou crédit temps depuis le ...../...../.....

Allocations de chômage depuis le ...../...../.....

Indemnités de maladie-invalidité depuis le ...../...../.....

Autres ..... depuis le ...../...../.....

Si vous avez répondu oui, joindre une preuve en fonction du statut déclaré (notification d'octroi de pension, formulaire C62, autorisation de l'ONEM, etc.) et mentionner l'organisme de paiement .....

### 4. Exercice d'une activité salariée avant l'activité indépendante

#### Exercez-vous, avant le début de votre activité indépendante, une activité salariée ?

oui  non

Si oui, nom de votre dernier employeur .....

Rue : ..... N° ..... Bte.....

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

Activité exercée : ..... Date de fin de contrat de travail : ...../...../.....

#### Percevez-vous une indemnité de rupture ou bénéficiez-vous d'un délai de préavis ?

oui  non

Si oui, pour la période du ..... / ..... / ..... au ..... / ..... / ..... (joindre preuve)

#### Avez-vous l'intention d'exercer des activités pour le compte de votre précédent employeur ?

oui  non

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

oui  non

### 5. Allocations familiales

Avez-vous des enfants faisant partie de votre ménage qui sont bénéficiaires d'allocations familiales ?

oui  non

Demandez-vous à ouvrir le droit aux allocations familiales dans le régime des indépendants ?

oui  non

Si oui, veuillez indiquer le nom et l'adresse de l'organisme payeur actuel .....

N° de votre dossier .....

### 6. Le conjoint ou le (la) cohabitant(e) légal(e) de l'affilié(e)

Si vous êtes marié(e) ou que vous êtes lié(e) par un régime de cohabitation légale, veuillez compléter les données suivantes concernant votre partenaire. Ce dernier est tenu de remplir et de signer la déclaration en application de l'art.7bis de l'A.R. n°38 du 27 juillet 1967.

Nom : ..... Prénom : ..... Nationalité : .....

N° registre national (NISS) : .....

## 7. Déclaration de l'affilié(e)

**Je déclare m'affilier aux Caisse d'assurances sociales (pour les indépendants) de Partena Professional conformément à l'AR n°38 du 27 juillet 1967 et à l'AR du 19 décembre 1967 et confirme avoir reçu les informations :**

- sur les cotisations sociales provisoires et leur régularisation conformément à l'article 41 bis de l'AR du 19 décembre 1967 ;
- sur l'existence des frais de gestion, le calcul des frais de gestion et des services auxquels cette affiliation donne droit conformément à l'article 20 §4 de l'AR n°38 du 27 juillet 1967.

**Je souhaite que mes cotisations sociales provisoires de début d'activité soient calculées sur :**

- le minimum légal  un revenu annuel présumé de ..... EUR

(\***Attention**, si vous exercez votre activité indépendante pendant une période inférieure à une année civile complète (4 trimestres), alors le revenu à nous communiquer ci-dessus doit être obligatoirement converti sur base annuelle.

Exemple : Activité débutée le 01.07.2015. Revenu réel 2015 est égal à 25.000 euros. Pour le calcul des cotisations provisoires des 3ième et 4ième trimestres 2015, le revenu présumé à prendre en compte se chiffre à 50.000 euros.

**J'autorise mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire, à accéder via internet, aux informations de mon (mes) dossier(s) ouvert(s) auprès de la Caisse d'assurances sociales de Partena Professional.**

- dossier personnel – N° national (NISS) .....
- dossier société – N°entreprise .....
- Dénomination de la société .....

Les coordonnées de mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire sont les suivantes :

Autorisation accordée à :

Nom : ..... Prénom : .....

Fiduciaire : ..... Code Postal et Localité : .....

GSM/Tél. : .....

**Je m'engage à signaler tout changement ultérieur dans mes relations avec cette personne ou fiduciaire.**

Je souhaite être affilié(e) à la Mutualité Partena ?  oui  non  Je suis déjà affilié(e)

Je souhaite avoir des renseignements sur les services et produits complémentaires à la sécurité sociale que Partena Professional, et son partenaire P&V, ont développés ?  oui  non

Je souhaite être affilié(e) au mouvement des indépendants IZEO ?  oui  non

**Je reconnais avoir pris connaissance des informations suivantes :**

• Vie Privée:

- Les données à caractère personnelles communiquées dans le présent formulaire sont destinées à être traitées par les Caisse d'assurances sociales (pour les indépendants) de Partena Professional en vue de la gestion sociale de mon statut d'indépendant dans le cadre de l'AR n°38 du 27/07/1967 ainsi que des droits et obligations qui y sont liés.
- J'autorise de manière explicite que mes données de contact (coordonnées) puissent être traitées aux fins d'assurer la promotion des services des entreprises de Partena Professional ainsi que d'autres partenaires. Je dispose du droit de retirer à tout moment ce consentement en envoyant une demande ( en justifiant de mon identité) par un courrier à Partena Professional – DPO Office, 45, rue des Chartreux à 1000 Bruxelles ou un mail à l'adresse mail [privacy@Partena.be](mailto:privacy@Partena.be)
- Les traitements précités sont effectués dans le respect des dispositions au Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement général sur la Protection des données - GDPR)
- En vertu de cette réglementation, je dispose d'une série de droits par rapport à mes données : recevoir des informations concernant le traitement de mes données à caractère personnel, les consulter, les faire rectifier ou dans certains cas les faire supprimer ou en restreindre le traitement. Je peux retrouver des informations détaillées de ces droits et de leur exercice sur le site web de Partena Professional, sous la rubrique 'Privacy'.
- Toute déclaration incorrecte ou erronée est punissable par la loi

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes et m'engage à signaler aux Caisse d'assurances sociales (pour les indépendants) de Partena Professional dans les quinze jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation (disposition légale).

Fait à..... le ...../..... /..... Nombre d'annexe(s) : .....

Signature

## 1. Les données d'identification

### A. Données à caractère personnel

N° registre national (NISS) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

### B. Adresse de correspondance (si elle diffère de votre adresse de domicile)

Rue : ..... N°: ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : ..... Pays : .....

### C. Coordonnées

GSM/Tél. : ..... E-mail : ..... Fax : .....

## 2. Les données d'identification de votre partenaire

N° registre national (NISS) : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Numéro d'affiliation auprès de notre caisse d'assurances sociales : .....

## 3. Organigramme

Vous êtes le partenaire du travailleur indépendant susmentionné.

Dans le schéma au verso de cette page, cochez les cases qui s'appliquent à votre situation.

## 4. Déclaration du signataire

**Je suis au courant du fait que toute déclaration incorrecte ou fausse est punissable par la loi. (Cochez une des deux cases)**

Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à ma situation.

Le statut social du conjoint aidant m'est applicable et je m'affilie à votre caisse d'assurances sociales  
à partir du : ..... / ..... / .....

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 leur régularisation 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.**

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Signature

Nombre d'annexe(s) : .....

Pensez à conserver une copie du formulaire complété et à joindre les annexes éventuelles. En cas de modification des données que vous avez communiquées dans le présent formulaire, vous êtes contraint par la loi de signaler ces modifications endéans les deux semaines. Les données qui vous sont demandées ne serviront qu'au traitement de votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et de les faire corriger.

<sup>1</sup> Il convient d'entendre par «partenaire», la personne qui est mariée ou cohabite légalement avec un travailleur indépendant.

