

Exonération des cotisations sociales en tant qu'indépendant: qui, quoi et comment?

A. Qui peut demander une exonération de cotisations sociales?

Vous pouvez obtenir une exonération de cotisations sociales, si vous vous trouvez dans une des situations suivantes:

1. Si vous êtes indépendant et que vous vous trouvez en situation de besoin ou dans une situation proche de cet état, vous pouvez introduire une demande d'exonération.

Le seul fait d'estimer que vos charges sont trop élevées ou que vos revenus sont inférieurs aux revenus espérés ne suffit donc pas. Seules les personnes dont la situation financière est telle qu'elles peuvent à peine répondre à leurs besoins vitaux normaux peuvent obtenir une exonération.

Lorsque vous demandez une exonération, vous devez prouver que vous vous trouvez en situation de besoin ou dans une situation proche de cet état. Vous devez alors nous faire parvenir toutes les pièces et tous les justificatifs utiles et nécessaires.

2. Si vous êtes héritier d'un indépendant qui devait encore payer des cotisations sociales, le fonds des assurances sociales peut vous réclamer le paiement de ces cotisations. Dans ce cas, vous pouvez demander à être dispensé du paiement des cotisations de l'indépendant défunt si vous vous trouvez en situation de besoin.
3. Si vous êtes un indépendant qui se fait assister par un aidant et que cette personne ne paie pas ses cotisations sociales, le fonds des assurances sociales peut exiger que vous les payiez. Dans ce cas, vous pouvez demander à être dispensé du paiement des cotisations sociales de votre aidant.
4. Si vous représentez une société et qu'un des associés ou un mandataire de la société ne paie pas ses cotisations sociales, le fonds des assurances sociales peut exiger que la société paie ces cotisations. Dans ce cas, la société peut demander à être dispensée du paiement des cotisations de l'associé ou du mandataire si elle éprouve des difficultés financières.

Vous ne pouvez toutefois pas obtenir une exonération si vous exercez votre activité d'indépendant à titre complémentaire (par exemple si vous travaillez à temps plein comme employé et que vous travaillez le soir comme indépendant).

B. De quelles cotisations pouvez vous être exonéré?*

Vous pouvez demander une exonération tant pour les cotisations provisoires que pour les cotisations définitives, ainsi que les cotisations de régularisation réclamées par le fonds.

Dans la plupart des cas, vous ne pouvez cependant plus obtenir d'exonération pour des cotisations sociales réclamées depuis plus d'un an par le fonds.

Importante: Vous pouvez également demander l'exonération des cotisations réclamées par l'Institut National des Assurances Sociales des Travailleurs Indépendants (INASTI) - service CSSB dans le cadre de la modération des revenus pour les années 1982 à 1988 comprises. La demande d'exonération relative à ces cotisations doit être introduite directement au Greffe de la Commission, soit par lettre recommandée à la poste, soit par le dépôt d'une requête.

Cette procédure est soumise à un régime spécifique, sur lequel vous pouvez obtenir plus d'informations au Greffe de la Commission.

C. Comment introduire la demande?

La demande peut être introduite de deux manières:

- soit vous envoyez une lettre recommandée au fonds d'assurances sociales,
- soit vous vous rendez à votre fonds d'assurances sociales pour faire enregistrer votre demande.

Le fonds vous demandera de compléter un formulaire de renseignements (modèle A1 pour un indépendant, modèle A2 pour une société). Ce formulaire peut être complété manuscritement, à l'aide d'une machine à écrire ou d'un système de traitement de texte, et doit être retourné dûment complété et signé au fonds d'assurances sociales, dans un délai de trente jours.

D. Comment la procédure se déroule-t-elle?

Le fonds enverra votre dossier au Greffe de la Commission d'exonération. Ce Greffe contactera éventuellement d'autres services (SPF Finances, INASTI) pour compléter le dossier avant de le transmettre à la Commission d'exonération.

Avant que votre dossier soit traité par la Commission, vous pouvez demander au Greffe:

- de consulter votre dossier,
- de défendre votre dossier devant la Commission d'exonération. Dans ce cas, le Greffe vous communiquera la date et l'heure de la séance de la Commission. Vous pouvez alors expliquer à la Commission le bienfondé de votre demande. Veillez à apporter tous les documents prouvant votre situation de besoin (par exemple une attestation du CPAS, des pièces comptables, des documents prouvant votre hospitalisation de longue durée). C'est à vous, en effet, de prouver l'existence de votre situation de besoin. En tout cas, il est utile d'apporter le dernier décompte de votre fonds d'assurances sociales.

Vous pouvez comparaître en personne et vous faire assister par une tierce personne (ex. un avocat, un comptable ou un membre de la famille).

Vous pouvez également vous faire représenter par un avocat ou par une autre personne à qui vous avez donné une procuration écrite. Dans ce dernier cas, c'est au président de la Commission de décider s'il accepte ou non cette procuration.

Le Greffe vous communiquera la décision du fonds par lettre recommandée. Votre fonds recevra également copie de cette décision.

E. Quelles sont les conséquences d'une exonération des cotisations?

Si la décision de la Commission est positive, vous êtes dispensé du paiement des cotisations sociales. La décision mentionne également la période de l'exonération accordée.

L'exonération peut toutefois impliquer une diminution de votre pension. En effet, les trimestres pendant lesquels vous bénéficiez d'une exonération n'entrent pas en considération pour le calcul de votre pension. Pour plus d'information à ce sujet, vous pouvez contacter votre fonds d'assurances sociales.

Vous maintenez toutefois vos droits en matière de soins de santé et d'allocations familiales durant la période d'exonération.

F. Qui peut vous aider?

- Pour compléter les documents:
 - o le fonds d'assurances sociales
 - o le CPAS (Centre Public d'Aide Sociale) de votre commune.

- Pour savoir comment évolue la procédure:
 - o le fonds d'assurances sociales
 - o le Greffe de la Commission d'exonération des cotisations que vous pouvez contacter à l'adresse suivante:

SPF Sécurité Sociale (DG Indépendants – CDC)
Finance Tower
Boulevard du Jardin Botanique 50, boîte 1
1000 Bruxelles

Tél. 02 528 60 11

Recommandé

Formulaire de demande

Important !!!!

Nous vous prions de bien vouloir nous renvoyer ce formulaire de demande ainsi que le "Formulaire de renseignements A" après les avoir signés. En effet, nous ne pourrions traiter votre demande que si ces deux documents ont été signés.

Je soussigné(e),

Nom: _____

Adresse: _____

affilié(e) auprès de Xerius Caisse d'Assurances Sociales sous la référence _____
affirme être redevable des cotisations sociales non payées pour la période du _____ au _____.

Je sollicite la Commission pour l'examen de mon dossier afin de statuer si une dispense de paiement des cotisations sociales peut m'être accordée.

En vertu de la législation en la matière, la demande se rapporte aux cotisations sociales pour la période du _____ au _____.

Je suis au courant du fait qu'une dispense de cotisations sociales relative aux trimestres après 1980 n'ouvre pas de droits de pension.

Signature

Les renseignements que vous fournissez dans ce formulaire sont recueillis pour le calcul des cotisations sociales. Ils sont protégés par la loi du 8/12/1992 relative au traitement des données à caractère personnel. Pour consulter ou rectifier les renseignements qui vous concernent, vous pouvez vous adresser à notre organisme.

Important

Les demandes de dispense de cotisations sociales de l'indépendant affilié ne sont valables que si elles sont introduites :

POUR LES COTISATIONS SOCIALES DÉFINITIVES:

dans les 12 mois à partir du premier jour du trimestre suivant celui auquel les cotisations se rapportent.

POUR LES COTISATIONS SOCIALES QUI RÉSULTENT D'UN REAJUSTEMENT:

dans les 12 mois à partir du jour où la Caisse d'Assurances Sociales a expédié la facture à l'indépendant affilié.

Formulaire de renseignements A

Dispense de cotisations sociales demandée par un indépendant

Formulaire A renvoyer à la caisse d'assurances sociales

Partie 1: Demandeur

N° Nat. : _____
 Nom et Prénom : _____
 Date et lieu de naissance : _____
 Etat civil : _____ Depuis le: _____
 Adresse : _____
 Code postal – Localité : _____
 Numéro de téléphone professionnel: _____ GSM: _____

Je suis dans en situation de besoin (ou dans une situation qui en est proche) et *

- je suis (j'ai été) indépendant.
(dans ce cas, complétez les parties 1 à 6 et pas les parties 7 et 8)
- je suis l'héritier d'un indépendant encore redevable de cotisations sociales
(dans ce cas, complétez les parties 1 à 6 et 8, pas la partie 7)
- je travaille avec un aidant encore redevable de ses cotisations sociales
(dans ce cas, complétez les parties 1 à 7, pas la partie 8)

Composition réelle du ménage:

Nom et prénom des membres du ménage	Degré de parenté	Date de naissance	Profession
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Existe-t-il une demande de dispense en cours pour un autre membre de votre ménage?

- Non.
- Oui.

Si oui, précisez les noms et prénom de ces membres du ménage:

* marquer d'une croix la case appropriée

Partie 2: Objet de la demande

Attention: les trimestres pour lesquels vous avez obtenu une dispense ne sont pas pris en compte pour le calcul de votre pension.

Je demande la dispense des cotisations suivantes réclamées par la Caisse d'Assurances Sociales (complétez le tableau):

Cotisations provisoires et définitives				
Années	Trimestres *			
	1°	2°	3°	4°
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cotisations de régularisation				
Années	Trimestres *			
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Marquer d'une croix la case appropriée

Partie 3: Justification

Pour pouvoir bénéficier d'une dispense, vous devez démontrer que vous vous trouvez dans une situation de besoin ou voisine de l'état de besoin. Décrivez votre situation ci-dessous. Prière de joindre les pièces justificatives.

Désirez-vous être convoqué afin d'être entendu par la Commission? *

- Non
 Oui. Je comparaitrai personnellement (éventuellement assisté d'une autre personne).
 Oui. Je serai représenté par le mandataire suivant:

Nom et prénom: _____

Adresse: _____

Partie 4: Activité(s) professionnelle(s)

1) Exercez-vous actuellement une ou plusieurs activités d'indépendant? *

- Non, j'ai arrêté mon activité d'indépendant:
 - nature de l'activité : _____
 - date de cessation : _____
 - motif de cessation : _____
 Non, je n'exerce pas d'activité d'indépendant et n'en ai jamais exercé.
 Oui, complétez le tableau ci-dessous:

Activité	Nature de l'activité (le cas échéant, celle de la société)	Comme personne physique (p)* ou en société (s)	Adresse	Date de début
1	_____ _____	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____
2	_____ _____	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____
3	_____ _____	P <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/>	_____ _____	_____

* marquer d'une croix la case appropriée

2) Exercez-vous une profession autre que celle d'indépendant? *

- Non
 Oui, laquelle? _____
 Depuis le: _____

Partie 5: Revenus et créances

1) Vos revenus

- a) Veuillez fournir une copie de vos deux derniers avertissements-extraits de rôle et de votre dernière déclaration fiscale. Au cas où vous ne seriez plus en possession de ces avertissements-extraits de rôle, le greffe de la Commission se chargera lui-même de les obtenir de l'Administration des contributions directes.
 b) Complétez le tableau de la page suivante en y indiquant les montants de vos revenus actuels.

	Montant annuel
<u>Revenus professionnels:</u>	
- comme indépendant, montant brut	_____ EUR
- comme indépendant, montant net	_____ EUR
- autres revenus professionnels, montant net	_____ EUR
<u>Revenus mobiliers:</u>	
- revenus d'un compte en banque	_____ EUR
- revenus d'un livret d'épargne	_____ EUR
- revenus d'actions ou d'obligations	_____ EUR
	Montant mensuel
<u>Revenus de remplacement, allocations et pensions:</u>	
- pension ou rente	_____ EUR
- allocation de chômage	_____ EUR
- allocations familiales	_____ EUR
- indemnité maladie-invalidité	_____ EUR
- indemnité accident de travail	_____ EUR
- allocation de handicapé	_____ EUR
- rente ou pension de victime de guerre	_____ EUR
- autre revenu de remplacement	_____ EUR
<u>Pension alimentaire perçue:</u>	_____ EUR
<u>Loyers d' immeubles perçus:</u>	_____ EUR

* marquer d'une croix la case appropriée

- c) Bénéficiez-vous de l'aide du CPAS? *
- Non
 - Oui. Veuillez joindre une attestation du CPAS précisant la nature, le montant et la période de l'aide.

2) Revenus des co-habitants:

Par co-habitant, on entend une personne vivant sous le même toit et faisant partie du même ménage que vous.

Au moins un cohabitant dispose-t-il de revenus? *

- Non
- Oui, complétez le tableau ci-après. N'oubliez pas d'indiquer au-dessus de chaque colonne, le nom et prénom du cohabitant concerné.

* Marquer d'une croix la case appropriée

	Nom et prénom du cohabitant	Nom et prénom du cohabitant	Nom et prénom du cohabitant
	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
	Montant du revenu sur base annuelle	Montant du revenu sur base annuelle	Montant du revenu sur base annuelle
<u>Revenus professionnels:</u>			
- comme indépendant, brut	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- comme indépendant, net	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- autres revenus professionnels, montant net	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<u>Revenus mobiliers:</u>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- revenus d'un compte en banque	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- revenus d'un livret d'épargne	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- revenus d'actions ou d'obligations			
	Montant du revenu sur base mensuelle	Montant du revenu sur base mensuelle	Montant du revenu sur base mensuelle
<u>Revenus de remplacement, allocations et pensions:</u>			
- pension of rente	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- allocation de chômage	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- allocations familiales	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- indemnité maladie-invalidité	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- indemnité accident de travail	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- allocation de handicapé	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- rente ou pension de victime de guerre	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
- autre revenu de remplacement	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<u>Pension alimentaire perçue:</u>	_____ EUR	_____ EUR	_____ EUR
<u>Loyers d'immeubles perçus:</u>			

3) Si vous ou un des co-habitants en êtes le propriétaire, revenu cadastral de l'habitation du ménage:
_____ EUR.

Vous-même ou un des co-habitants êtes propriétaire d'autres biens immobiliers? *

- Non
 Oui, Montant du revenu cadastral:
 1) _____ EUR
 2) _____ EUR
 3) _____ EUR

Partie 6: Frais

1) Devez-vous payer:

a) un loyer pour votre habitation? * (Il ne peut s'agir du remboursement éventuel d'un prêt hypothécaire)

- Non
 Oui, montant mensuel: _____ EUR

b) un loyer pour d'autres immeubles qui servent à l'exercice de votre profession? *

- Non
 Oui, montant mensuel: _____ EUR

c) une pension alimentaire? *

- Non
 Oui, montant mensuel: _____ EUR

2) Avez-vous contracté un prêt hypothécaire? *

- Non
 Oui,
 - montant total du prêt: _____ EUR
 - montant du remboursement annuel: _____ EUR
 - jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser le prêt: _____

3) Avez-vous une autre dette? *

- Non
 Oui,
 - montant global: _____ EUR
 - origine: _____
 - jusqu'à quelle date devrez-vous rembourser la dette: _____
 - devez-vous rembourser la dette périodiquement? *
 Non, le remboursement se fait en une fois.
 Oui
 - périodicité: _____
 - montant périodique: _____ EUR

(Si vous avez plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe)

* Marquer d'une croix la case appropriée

4) Un des co-habitants a-t-il une dette à rembourser? *

- Non
- Oui,
- montant global: _____ EUR
- origine: _____
- jusqu'à quelle date devra-t-il rembourser la dette: _____
- doit-il rembourser la dette périodiquement? *
- Non, le remboursement se fait en une fois.
- Oui,
- périodicité: _____
- montant périodique: _____ EUR

(Si le ou les co-habitants ont plusieurs dettes, donnez-en le relevé sur une feuille en annexe)

Partie 7: Le responsable solidaire de l'aidant

Ce volet doit seulement être complété par l'indépendant qui demande à être dispensé de l'obligation de payer les cotisations dues par son aidant. Si vous êtes le responsable solidaire de votre aidant, complétez tous les autres volets du formulaire, sauf le volet 8.

Fournissez les données suivantes concernant l'aidant dont vous êtes le responsable solidaire:

Nom: _____ Prénom: _____
Né(e) le: _____ Né(e) à: _____

Partie 8: L'héritier

Ce volet doit seulement être complété par l'héritier d'un indépendant décédé. Si vous êtes héritier, vous devez compléter tous les volets du formulaire sauf le volet 7.

Fournissez les données suivantes concernant l'indépendant décédé:

Nom: _____ Prénom: _____
Né(e) le: _____ Né(e) : _____
Décédé(e) le: _____

Partie 9: Annexes

Je joins au formulaire:

- une copie des deux derniers avertissements-extraits de rôle de mes impôts et de ma dernière déclaration fiscale;
- si je bénéficie d'une aide du C.P.A.S., une attestation de cet organisme;
- si je travaille en société, une copie des statuts et des trois derniers comptes annuels;
- éventuellement, une copie de tout autre document justifiant ma situation de besoin (voir partie 3)
- éventuellement, une feuille détaillant mes dettes ou les dettes des co-habitants;

Total des annexes = _____

* Marquer d'une croix la case appropriée

Partie 10: Déclaration

Je, soussigné, _____ (nom) _____ (prénom)
déclare sur l'honneur que les données de ce formulaire sont véritables et complètes.

Fait à _____ le _____

Signature

N'oubliez pas de conserver une copie complétée de ce formulaire pour vous.

Veillez communiquer tout changement d'adresse qui aurait lieu au cours de la procédure au SPF
Sécurité Sociale - Direction générale Indépendants, Commission des Dispenses de Cotisations,
Centre Administratif Botanique - Finance Tower, Bd du Jardin Botanique, 50 bte 1, 1000 Bruxelles.

La loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements à caractère personnel est applicable au traitement des données obtenues par la Commission des dispenses de cotisations via ce formulaire.

Conformément à l'article 10 de la loi précitée, vous pouvez, à votre demande, prendre connaissance des données qui vous concernent dans notre fichier et obtenir la correction d'éventuelles erreurs.

Les données reprises dans le fichier sont seulement utilisées dans le cadre du traitement de la demande de dispense de cotisations et pour la récolte de données statistiques à caractère anonyme.