



Déclaration d'affiliation pour indépendants

Correspondant _____

1 L'affilié(e)

Prénom _____ Nom _____

Numéro de registre national _____ (voir verso carte d'identité)

Femme Homme

Nationalité _____ Date de naissance _____

Lieu de naissance _____ Pays _____

Numéro de compte _____

Résidence principale

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

E-mail _____ Numéro de téléphone _____

Langue

français néerlandais allemand

Adresse de correspondance (uniquement si elle diffère de votre résidence principale)

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Numéro de téléphone _____

2 La/le conjoint(e) ou la/le cohabitant(e) légal(e)

Prénom _____ Nom _____

Numéro de registre national _____ (voir verso carte d'identité)

Date de naissance _____ Lieu de naissance _____

Ma/mon conjoint(e) m'aide dans l'exercice de mon activité indépendante.

Ma/mon conjoint(e) exerce une activité professionnelle en qualité de

- salarié(e)
- indépendant(e) ou aidant(e)
- fonctionnaire – membre du personnel d'un service public

Cette activité lui ouvre des propres droits à des prestations sociales.¹

Ma/mon conjoint(e) bénéficie de revenus de remplacement.

Ces revenus de remplacement lui ouvrent des propres droits¹ à

- une pension de retraite
- des allocations de chômage
- des indemnités d'incapacité de travail
- autres _____

Signature de la/du conjoint(e)

3 Activité indépendante en Belgique

Activité indépendante exercée (veuillez la décrire succinctement) _____

Date de lancement/reprise _____ Date de cessation _____

Guichet d'entreprises _____ Numéro d'entreprise _____

Je travaille dans une société en qualité de

mandataire ou gérant

associé actif

Nom de la société _____

Numéro d'entreprise _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

J'autorise Xerius Caisse d'Assurances Sociales à communiquer le montant de mes cotisations sociales à SD Worx en vue du calcul du précompte professionnel.

Je suis l'aidant(e) d'un travailleur indépendant.

Coordonnées du travailleur indépendant

Prénom _____ Nom _____

Numéro de registre national _____ (voir verso carte d'identité)

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Numéro de téléphone _____

Degré de parenté _____

Activité exercée en tant qu'aidant(e) (veuillez la décrire succinctement) _____

Je souhaite bénéficier du régime spécial de cotisations sociales pour les personnes mariées et les veuves (veufs)

Les personnes mariées et les veuves (veufs) peuvent sur demande bénéficier de cotisations sociales réduites ou même en être dispensés à condition que leurs revenus soient limités et ne dépassent pas certains seuils minimaux (€ 7.330,52). Cet avantage est limité aux indépendants à titre principal. Attention: une cotisation sociale réduite pour la période concernée ne donne droit ni à la pension de retraite, ni aux allocations familiales, ni aux indemnités d'incapacité de travail, ni aux prestations pour soins palliatifs.

Je souhaite bénéficier du régime spécial de cotisations sociales pour les étudiants

Les étudiants qui ont entre 18 et 25 ans, peuvent s'affilier en tant qu'étudiant-indépendant. Dans ce régime, l'affilié ne doit pas payer de cotisations sociales sur un revenu annuel net inférieur à € 6.996,89. Si ce revenu se situe entre € 6.996,89 et € 13.993,78, l'étudiant verse 20,5% de cotisations sociales sur la tranche qui dépasse € 6.996,89. Si son revenu annuel net est égal ou supérieur à € 13.993,78, l'étudiant est considéré comme un indépendant à titre principal et paie des cotisations sociales sur la totalité de ce revenu.

L'indépendant s'engage à assister régulièrement aux cours pendant l'année académique. L'indépendant informera la caisse d'assurances sociales à temps de toute modification concernant ses études ou son activité professionnelle.

4 Autres activités ou prestations

- J'exerce, outre mon activité indépendante, une autre activité professionnelle salariée en Belgique (et je joins en annexe une attestation de mon employeur).

Activité exercée (veuillez la décrire succinctement) _____

Je bénéficie d'un revenu de remplacement (et je joins en annexe une attestation de l'organisme de paiement)

- pension de survie depuis le _____
- pension de retraite depuis le _____

Comptez-vous limiter vos revenus en tant qu'indépendant aux seuils autorisés? non oui

- interruption de carrière ou crédit-temps _____
- allocations de chômage
- prépension
- indemnités de maladie-invalidité
- autres _____

Montant (euros par mois) _____ Nom de l'organisme de paiement _____

J'exerce, outre mon activité indépendante, une autre activité professionnelle à l'étranger

- en tant que travailleur salarié
- en tant que travailleur indépendant
- sous un autre statut

Pays où cette activité est exercée _____

(veuillez joindre les preuves et le "Questionnaire activité professionnelle à l'étranger")

5 Exercice d'une activité en tant que travailleur salarié avant l'activité indépendante

- Avant le début de mon activité indépendante, j'ai été travailleur salarié.

Nom du dernier employeur _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Date de fin du contrat de travail _____

- J'ai perçu une indemnité de rupture ou bénéficié d'un délai de préavis pour la période du _____ au _____ (et je joins une attestation de fin du contrat).

Activité exercée (veuillez la décrire succinctement) _____

- J'exerce des activités pour le compte de mon précédent employeur.

6 Allocations familiales

- J'ai des enfants et je reçois des allocations familiales de (nom de la caisse d'allocations familiales) _____

- J'ai des enfants et je ne reçois pas encore des allocations familiales. J'introduis une demande de paiement des allocations familiales.

7 Assurances sociales complémentaires

- Je suis déjà affilié(e) à une mutualité et mon numéro d'affiliation est le _____

Je souhaite recevoir des informations sur

- la pension complémentaire libre pour indépendants (PCLI)
- le revenu garanti
- l'assurance-maladie

- Je souhaite bénéficier immédiatement de la déductibilité fiscale de la PCLI.

8 Comptable ou expert-comptable

Je fais appel à un (expert-)comptable.

Nom du bureau _____

Prénom _____ Nom _____

Rue _____ Numéro _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

E-mail _____ Numéro de téléphone _____

Je donne procuration à mon (expert-)comptable afin de gérer mon dossier auprès de Xerius Caisse d'Assurances Sociales

Afin de pouvoir gérer votre dossier plus facilement, il nous est utile d'avoir les coordonnées de votre (expert-)comptable. En application de la loi sur la protection de la vie privée il est indispensable que vous donniez procuration à cet effet-là. En signant le document vous vous engagez à informer Xerius si vous faites appel à un autre (expert-)comptable.

Quelle est la personne à contacter en cas de questions quant à votre dossier?

vous-même votre comptable

9 Déclaration de l'affilié(e)

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 leur régularisation, conformément à l'article 41 bis de l'arrêté royal du 19 décembre 1967.

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

le minimum légal

revenu net imposable de l'année en cours _____ euros

(Remplissez ici le montant du revenu que vous comptez réaliser entre votre date de début et le 31 décembre de cette année-ci.)

Je déclare que les données reprises dans le présent formulaire sont correctes et complètes et que je m'affilie auprès de Xerius Caisse d'Assurances Sociales.

Je m'engage à signaler à Xerius Caisse d'Assurances Sociales endéans les quinze jours tout changement dans les renseignements qui figurent dans cette déclaration d'affiliation.

Date _____ Signature _____

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à Xerius Caisse d'Assurances Sociales. Ces données seront utilisées pour garantir votre sécurité sociale de travailleur indépendant conformément à l'AR n° 38 du 27.07.1967 (perception des cotisations, assistance, paiement des allocations familiales, gestion de la carrière professionnelle en tant qu'indépendant). À l'exception des données personnelles, médicales et sociales, ces données peuvent aussi être utilisées pour promouvoir les services du groupe Xerius et de ses partenaires. En vertu de la loi du 11.12.1998 (AR du 13.02.2001), vous avez le droit de consulter et de rectifier vos données à caractère personnel. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins précitées, veuillez nous en informer en envoyant un e-mail à info@xerius.be ou un courrier à l'une des adresses de Xerius Caisse d'Assurances Sociales.