

## **Exonération de la cotisation annuelle à charge des sociétés**

### **Quand votre société peut-elle bénéficier d'une exonération temporaire de la cotisation annuelle à charge des sociétés?**

Conformément à l'article 7 de l'Arrêté Royal du 15/03/1993 votre société devra satisfaire aux 5 conditions suivantes:

1. seulement les sociétés de personnes seront prises en considération pour une dispense (sont donc exclues: les sociétés anonymes, les sociétés en commandite par actions et les sociétés dont le siège social n'est pas établi en Belgique);
2. la société de personnes qui est enregistrée en tant que 'entreprise commerciale' ou 'entreprise de l'artisanat' ;
3. la société de personnes doit être créée après le 1er janvier 1991;
4. au cours des dix années qui précèdent la création de la société, les gérants ne peuvent pas avoir exercé une activité comme indépendant pendant plus de trois années;
5. au cours des dix années qui précèdent la création de la société, la majorité des associés actifs qui ne sont pas gérants ne peuvent pas avoir exercé une activité comme indépendant pendant plus de trois années.

Si vous estimez que votre société entre en ligne de compte pour cette dispense, nous vous saurions gré de nous faire parvenir sans délai le questionnaire en annexe après l'avoir dûment rempli et signé.

INFOPHONE 02 609 62 20 • E-MAIL: [societes@xerius.be](mailto:societes@xerius.be) • FAX: 078 05 35 33 • SITE WEB: [www.xerius.be](http://www.xerius.be)  
269, Rue Royale 1030 BRUXELLES

## A RETOURNER D'URGENCE

Xerius Caisse d'Assurances Sociales  
Rue Royale 269  
1030 Bruxelles

Notre réf.

Bruxelles, date postale

Madame, Monsieur,

### Concerne: Exonération de la cotisation annuelle à charge des sociétés

La Loi du 30.12.1992 portant des dispositions sociales et diverses (M.B. 09.01.1993) impose une cotisation annuelle forfaitaire à toutes les sociétés assujetties à l'impôt des sociétés en Belgique ou à l'impôt des non-résidents. L'A.R. du 15.3.1993 (M.B. 03.04.1993) fixe les modalités permettant aux sociétés établies après le 1.1.1991 d'obtenir l'exonération des cotisations à certaines conditions (vous trouverez les dispositions légales au verso de l'avis d'échéance ci-joint). Il est dans votre intérêt de retourner ce questionnaire complété avec la plus grande précision, dans les quinze jours suivant sa réception. Vous éviterez ainsi toute correspondance inutile et des réclamations éventuelles incorrectes. Ces données nous permettront d'évaluer votre assujettissement à cette cotisation sur la base de votre situation actuelle.

Nous vous remercions d'avance de votre aimable coopération.

La Direction

### RUBRIQUE A : RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'IDENTITÉ

Société (dénomination) \_\_\_\_\_

N° d'entreprise \_\_\_\_\_

Siège social Rue \_\_\_\_\_

Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_

Code postale \_\_\_\_\_ Commune \_\_\_\_\_

N°. tél. \_\_\_\_\_

Compte en banque IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

### RUBRIQUE B : EXONÉRATION DU CHEF DE LA SOCIÉTÉ

Forme juridique de la société (ex. SA, ASBL, SCA,...) \_\_\_\_\_

Date de création de la société \_\_\_\_\_

## RUBRIQUE C : DISPENSE DU CHEF DES MANDATAIRES ET ASSOCIÉS

### Identité des mandataires (gérant, administrateur,...)

1 Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Affilié à la caisse sociale (dénomination) \_\_\_\_\_ Affilié depuis \_\_\_\_\_

N° national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

2 Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Affilié à la caisse sociale (dénomination) \_\_\_\_\_ Affilié depuis \_\_\_\_\_

N° national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

3 Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Affilié à la caisse sociale (dénomination) \_\_\_\_\_ Affilié depuis \_\_\_\_\_

N° national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

### Dispense des associés

1 Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Affilié à la caisse sociale (dénomination) \_\_\_\_\_ Affilié depuis \_\_\_\_\_

N° national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

2 Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Affilié à la caisse sociale (dénomination) \_\_\_\_\_ Affilié depuis \_\_\_\_\_

N° national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_ Date de naissance \_\_\_\_\_

(En cas où davantage de mandataires ou associés sont à déclarer, veuillez joindre une liste des concernés en annexe)

## RUBRIQUE D : DÉCLARATION SUR L'HONNEUR

### Le (la) soussigné(e)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

**déclare sur l'honneur que toutes les données figurant sur la présente déclaration sont sincères et complètes et s'engage à respecter l'obligation légale d'informer la caisse d'assurances sociales de toute modification de nature à influencer les données sur ce questionnaire.**

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Signature