

INFOPHONE 02 609 62 20 • E-MAIL: independants@xerius.be • FAX: 078 05 35 33 • SITE WEB: www.xerius.be

I LE CONJOINT AIDANT

NOM _____

Prénoms _____

Né(e) le _____ Homme Femme

NISS (n°du Registre National) (voir verso carte d'identité) _____

Téléphone _____

Compte postal ou bancaire n° _____

ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE (si elle diffère de celle de la résidence principale)

Rue _____ N° _____ Boîte _____

Code postal _____ Localité _____

Pays _____

DATE DE DÉBUT _____

II L'INDÉPENDANT AIDÉ

NOM _____

Prénoms _____

NISS (n°du Registre National) (voir verso carte d'identité) _____

Né(e) le _____

III DÉCLARATION

Je déclare assister et/ou remplacer de manière régulière et/ou au moins nonante jours par an mon conjoint (ou la personne avec qui je suis lié(e) par une déclaration de cohabitation légale) dans l'exercice de sa profession d'indépendant.

Je déclare ne pas exercer d'activité professionnelle (en tant que travailleur salarié, fonctionnaire ou travailleur indépendant) m'ouvrant des droits propres à des prestations dans un régime obligatoire de pension, d'allocations familiales et d'assurance contre la maladie et l'invalidité au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants.

Je déclare ne bénéficier d'aucune prestation dans le cadre du régime de la sécurité sociale m'ouvrant de tels droits propres.

Je déclare également ne pas exercer d'activité indépendante pour laquelle une assimilation aux indépendants en activité accessoire (application de l'article 37 de l'Arrêté Royal du 19 décembre 1967) a été obtenue.

Par la présente, je m'affilie à votre caisse d'assurances sociales (Obligation de s'affilier à la même caisse que le conjoint.)

IV À REMPLIR UNIQUEMENT PAR LES PERSONNES NÉES AVANT LE 1/1/1956 (1)

j'opte pour l'assujettissement volontaire à l'intégralité du statut social complet des indépendants (appelé maxi-statut)

OU

je me limite à l'assujettissement obligatoire à l'assurance en cas d'incapacité de travail (appelée mini-statut)

Veillez calculer mes cotisations sociales sur des revenus nets estimés à _____ euros par an.

V PCLI

Voulez-vous recevoir des informations sur la Pension Complémentaire Libre pour Indépendants,
dont les primes sont fiscalement déductibles à 100%? Oui Non

Je déclare que les données communiquées sur ce formulaire sont complètes et sincères.

Fait à _____

Le (date) _____

Signature du conjoint aidant:

Conservez toujours une copie du document complété.

En cas de changement d'une des données que vous avez communiquées sur ce formulaire, la loi vous oblige à nous communiquer ces changements dans un délai de quinze jours. Les données qui vous sont demandées sont exclusivement utilisées aux fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données, et, au besoin, de les faire rectifier. Vous devrez, pour ce faire, vous adresser à l'agent qui instruit votre dossier (informez-vous auprès de votre correspondant).

(1) Pour les personnes nées avant le 1er janvier 1956: SOIT vous optez pour un assujettissement à l'intégralité du statut social des indépendants, statut vous permettant, moyennant paiement des cotisations dues, de bénéficier de l'assurance pension, allocations familiales et assurance contre la maladie et l'invalidité (secteurs soin de santé et incapacité de travail), SOIT vous vous limitez au mini-statut obligatoire, statut vous permettant, moyennant paiement d'une cotisation limitée, de bénéficier de l'assujettissement au secteur incapacité de travail de l'assurance contre la maladie et l'invalidité.