

CASE V

A REMPLIR PAR LES PERSONNES QUI EXERCENT EGALEMENT UNE AUTRE ACTIVITE PROFESSIONNELLE, LES PENSIONNES OU QUI BENEFICIENT D'UNE PRESTATION SOCIALE (en majuscules)

Exercez-vous encore une autre activité professionnelle en plus de votre activité indépendante ? NON OUI Si OUI, complétez ce qui suit :

Nature de l'activité professionnelle (appointé ou ouvrier) _____

Horaire de travail (par jour - semaine - mois) 😊 (joindre une attestation de l'employeur, copie du contrat de travail ou copie de la dernière fiche de paie)

Commission paritaire dont relève l'activité (ne remplir qu'en cas de travail à temps partiel comme appointé ou ouvrier) _____

Etes-vous pensionné et bénéficiez-vous effectivement d'une pension ?

de survie NON OUI depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

de retraite NON OUI depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Si OUI, quel est l'organisme payeur ? 😊 (joindre le 1er décompte de l'organisme payeur et/ou la dernière souche de pension)

Comptez-vous exercer votre activité indépendante dans les limites du travail autorisé ? NON OUI

Votre conjoint bénéficie-t-il effectivement d'une pension ? NON OUI Dans ce cas, précisez : 😊 (joindre une preuve)

au taux ménage ? depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

au taux isolé ? depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Quel est l'organisme payeur ? _____

Bénéficiez-vous effectivement d'une prestation sociale, d'une allocation sociale ou d'une indemnité ? NON OUI

Nature de la prestation : allocation de chômage prépension indemnité d'accident du travail indemnité maladie-invalidité

allocation d'handicapé autre _____

Depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | | jusqu'au | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Nom de l'organisme payeur _____

Montant mensuel de la prestation + taux d'invalidité _____ EUR 😊 (joindre une attestation)

CASE VI

A REMPLIR PAR LES PERSONNES EN INTERRUPTION DE CARRIERE (en majuscules)

Je bénéficie d'une interruption de carrière / crédit-temps 😊 (joindre une pièce probante)

dans le régime des travailleurs salariés depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

dans le secteur public depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

dans le secteur de l'enseignement (centre PMS inclus) depuis le | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Percevez-vous une indemnité d'interruption de carrière ? NON OUI

Payez-vous volontairement des cotisations destinées au régime pension (secteur salarié) ? NON OUI

CASE VII

EXERCICE D'UNE ACTIVITE SALARIEE AVANT L'ACTIVITE INDEPENDANTE (en majuscules) ! IMPORTANT !

Exerciez-vous une activité salariée avant le début de votre activité indépendante ? NON OUI Si oui, complétez le questionnaire ci-dessous

Nom du dernier employeur _____

Adresse du dernier employeur Rue _____ N° _____ Bte _____

Code Postal _____ Commune _____

Date de fin du contrat de travail | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Bénéficiez-vous d'une indemnité de licenciement / de rupture ? NON OUI

Bénéficiez-vous d'un préavis ? NON OUI Pour quelle période ? du | | | | | | | | | | | | | | | | | |

😊 (joindre copie C4 ou attestation de l'employeur) au | | | | | | | | | | | | | | | | | |

CASE VII**EXERCICE D'UNE ACTIVITE SALARIEE AVANT L'ACTIVITE INDEPENDANTE (en majuscules) ! IMPORTANT ! (suite)**

Description succincte de l'activité exercée en tant que travailleur salarié _____

Allez-vous travailler en sous-traitance, directement ou par personne interposée, pour votre employeur précédent ? NON OUIEtiez-vous au chômage avant d'avoir commencé votre activité indépendante ? NON OUI

Dans l'affirmative, quelle activité exerciez-vous avant d'être chômeur ? _____

CASE VIII**RENSEIGNEMENTS RELATIFS AUX ALLOCATIONS FAMILIALES (en majuscules)**Demandez-vous à bénéficier d'allocations familiales dans le régime des travailleurs indépendants ? NON OUIQuel est l'organisme qui vous octroie les allocations familiales et sous quelles références ? (dénomination, adresse et n° de dossier) _____
😊 (joindre copie du dernier paiement reçu)**CASE IX****RENSEIGNEMENTS DIVERS (en majuscules)**A. Etes-vous affilié(e) à la Mutualité PARTENA ? OUI NON
Sous quel n° d'affiliation ? _____
A laquelle êtes-vous affilié(e) et sous quel n° d'affiliation ? _____et votre conjoint ? OUI NON
Sous quel n° d'affiliation ? _____
A laquelle est-il affilié et sous quel n° d'affiliation ? _____B. En tant qu'employeur, êtes-vous affilié à un Secrétariat Social ? NON OUI

Dans l'affirmative, lequel ? _____

C. En tant qu'indépendant, avez-vous un comptable ? NON OUI

Dans l'affirmative, voici ses coordonnées _____

D. Désirez-vous des renseignements sur nos produits complémentaires à la sécurité sociale comme :

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| 1. Le bilan social | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 2. La Pension Libre Complémentaire (PLC) | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 3. Les revenus garantis | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 4. Les soins de santé | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 5. L'engagement individuel de pension | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 6. L'assurance vie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |
| 7. Les autres produits vie | <input type="checkbox"/> OUI | <input type="checkbox"/> NON |

Je déclare m'affilier aux Assurances sociales pour indépendants PARTENA, conformément à l'A.R. n°38 du 27.07.1967 et à l'A.R. du 19.12.1967, et avoir reçu les informations visées à l'article 41 bis de ce dernier A.R. (voir *).**Je souhaite que mes cotisations sociales provisoires de début d'activité soient calculées sur**

- le minimum légal**
- un revenu net présumé de _____ EUR / an**

JE M'ENGAGE A SIGNALER AUX ASSURANCES SOCIALES DANS LES 15 JOURS TOUTE MODIFICATION DES RENSEIGNEMENTS FIGURANT SUR CE FORMULAIRE D'AFFILIATION (changement d'adresse, cessation d'activité, etc.).

Je suis informé(e) que des déclarations fausses et inexactes sont passibles de sanctions.

Note concernant la protection de la vie privée : Les données à caractère personnel que vous nous communiquez, sont destinées à être traitées par les Assurances sociales pour indépendants PARTENA. Les données seront traitées aux fins d'assurer la couverture des indépendants conformément à l'A.R. 38 du 27.07.1967 et aux statuts des Assurances sociales pour indépendants PARTENA. A l'exception des données médicales et sociales à caractère personnel, ces données seront traitées aux fins d'assurer la promotion des services de PARTENA ainsi que d'autres partenaires. En vertu de la loi du 11 décembre 1998 (A.R. 13.02.2001), vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification de vos données personnelles. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins décrites ci-dessus, faites-le nous savoir en envoyant soit un e-mail à : info.asti@partena.be ; soit un courrier au service "Vie Privée" des Assurances sociales pour indépendants (adresse en première page).

Fait à _____ le _____ Signature,

(*) L'article 41bis de l'A.R. n°38 stipule qu'en cas de début d'activité ou de reprise d'activité, des cotisations forfaitaires minimales sont imposées en attendant de connaître les revenus professionnels à communiquer ultérieurement par le Contrôle des Contributions. Cette attente risque de provoquer des régularisations importantes de cotisations, dont le paiement doit s'effectuer avant l'expiration du trimestre civil qui suit la réception de l'avis de régularisation. Pour anticiper la régularisation des cotisations, vous avez la possibilité, dès le début, de fixer un montant provisoire de revenus professionnels supérieurs aux minima imposés. Dans l'éventualité où le montant des cotisations provisoires payé est supérieur à celui des cotisations définitives, un intérêt moratoire de 2% par trimestre est accordé sur le trop-perçu.