

## **Demande d'application de l'article 37-40 (A.R. 19/12/1967)**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_

affilié sous le Numéro National \_\_\_\_\_

prie les Assurances sociales pour indépendants PARTENA de me faire bénéficier des dispositions de l'article 37 - 40 de l'A.R. du 19 décembre 1967 et

déclare avoir été informé que je perds tous les droits aux prestations sociales pour la durée de l'exonération ou de la réduction des cotisations sociales (pension, allocations familiales et assurance maladie invalidité).

En annexe, je vous fais parvenir les pièces justificatives suivantes :

1. La preuve de mon état de personne à charge, en qualité de :

- épouse/époux de :
- veuve/veuf de :
- étudiant

Ibis. Je suis enseignant statutaire, prestant entre 5 et 6/10èmes de l'horaire prévu pour l'attribution d'un traitement complet: je joins une attestation du directeur d'établissement.

2. Un maximum d'éléments permettant de supposer raisonnablement que mes revenus n'atteindront pas le plafond légal. Dans ce but, je vous fais parvenir au moins une des pièces énumérées ci-dessous :

- une copie de l'extrait de rôle des impôts (note de calcul)
- une copie de la déclaration fiscale (volet revenus d'indépendant)
- une copie de minimum deux déclarations trimestrielles de T.V.A.
- une copie du livre des recettes et dépenses
- une estimation certifiée par un comptable attestant que les revenus professionnels ne dépasseront pas les limites prévues

3. Pour les étudiants, un certificat scolaire.

4. Une copie des statuts de la, ou des sociétés, dont je suis mandataire, ou du procès verbal de l'assemblée générale confirmant la gratuité de mon/mes mandat(s).

DATE : \_\_\_\_\_

SIGNATURE, précédée de la mention « lu et approuvé »