

Partenaire Securex

N°: _____
Nom: _____

N'oubliez pas de conserver une copie du formulaire pour vous et de joindre les éventuelles annexes. N'oubliez pas de joindre, le cas échéant, le document à compléter par votre conjoint ou partenaire (voir cadre 2)

Lorsque vous complétez ce document, veuillez:

(1) cocher la case choisie (2) écrire les noms en caractère d'imprimerie

Déclaration d'affiliation d'indépendant ou d'aidant d'indépendant

Vos données d'identification

Nom⁽²⁾: Ujeneza
(nom de jeune fille pour la femme mariée)

Prénoms⁽²⁾: Georgette

Né(e) le: 15/02/1988

Lieu de naissance: _____

Pays de naissance: _____

Nationalité: Belgique Sexe⁽¹⁾: ☐ masculin ☒ féminin

Etat civil⁽¹⁾: ☒ célibataire ☐ marié ☐ cohabitant légal ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) de fait
☐ séparé(e) de corps ☐ divorcé(e) Depuis: _____

Numéro national: 88.02.15-476.63 Langue: ☐ néerlandais ☒ français ☐ allemand
(verso de la carte d'identité)

Numéro de compte bancaire: 735-0437663-84

IBAN: BE03735043766384

BIC: KREDBEBB

Résidence principale

Rue: Zandplaatstraat

Numéro: 1140 Boîte: _____ Code postal: 9470

Localité: DENDERLEEUV

Pays: Belgique

Tél.: _____ GSM: +32470110622

Fax: _____

E-mail: ujeneza.georgette@gmail.com

Adresse correspondance (à compléter uniquement si cette adresse diffère de la résidence principale)

Nom: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Données d'identification de votre conjoint ou partenaire

(à compléter uniquement si vous êtes marié(e), séparé(e) de corps ou de fait ou lié(e) par une déclaration de cohabitation légale attestée par l'officier de l'état civil)

Nom⁽²⁾: _____
(nom de jeune fille pour la femme mariée)

Prénoms⁽²⁾: _____

Né(e) le: _____ Numéro national: _____
(verso de la carte d'identité)

Lieu de naissance: _____

Pays de naissance: _____

Nationalité: _____ Sexe⁽¹⁾: ☐ masculin ☐ féminin

Adresse (si elle diffère de celle de l'affilié)

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Votre conjoint vous aide-t-il dans votre activité d'indépendant? ☐ oui ☒ non

Votre conjoint exerce-t-il une activité professionnelle? ☐ oui ☐ non

F **Votre conjoint/partenaire doit compléter le document en annexe intitulé "Document à remplir par chaque conjoint ou partenaire d'un travailleur indépendant"**

Activité indépendante en Belgique

Activité exercée: Collaborateur helpdesk (ICT)
(donnez une brève description)

Début d'activité (ou de reprise d'activité): 08/11/2016

Date de fin d'activité (à compléter uniquement si vous avez cessé entre-temps l'activité pour laquelle vous vous affiliez): _____

Numéro d'entreprise: _____

Etes-vous mandataire, gérant ou associé actif dans une société? ⁽¹⁾ ☐ non ☒ oui: Dans ce cas, complétez les rubriques ci-dessous

Nom de la société: SORTIISE EUROPE

Forme juridique: S.P.R.L. Numéro d'entreprise: 0665.847.194

Siège social: Rue Fransman 115 1020 LAKEN Belgique

Votre mandat est-il rémunéré? ⁽¹⁾ ☐ oui ☒ non

F Si vous êtes gérant, administrateur ou associé actif dans une(des) autre(s) société(s), joignez à la présente un document reprenant leurs coordonnées complètes (nom, n° d'entreprise...).

Etes-vous l'aidant(e) d'un indépendant? ⁽¹⁾ ☒ non ☐ oui

Dans l'affirmative, complétez les rubriques ci-dessous.

Nom: _____

Prénoms: _____

Numéro national: _____
(verso de la carte d'identité)

Adresse

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Affilié à la Caisse d'Assurances Sociales: _____

Activité exercée (donnez une courte description): _____

Activité à l'étranger

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger? ⁽¹⁾ ☒ non

☐ oui: Précisez

Pays dans lequel l'activité est exercée: _____

Il s'agit d'une activité

☐ salariée

☐ indépendante

☐ relevant d'un autre statut

Autre activité professionnelle

Exercez-vous une activité professionnelle en plus de votre activité indépendante? ⁽¹⁾

☐ non

☒ oui:

joindre une attestation de l'employeur précisant votre horaire de travail (nombre d'heures par semaine), la nature de l'activité, la date de début de cette activité, l'horaire correspondant à une activité à temps plein dans l'entreprise.

Interruption de carrière / crédit-temps

Bénéficiez-vous d'une interruption totale de carrière ou d'un crédit-temps? ⁽¹⁾

☒ non

☐ oui: précisez dans quel secteur vous travaillez et durant quelle période vous bénéficiez d'une interruption de carrière/crédit-temps

☐ secteur privé

du _____ au _____

☐ personnel contractuel du secteur public

du _____ au _____

☐ personnel nommé des administrations locales et provinciales

du _____ au _____

☐ agent de service public nommé

du _____ au _____

Bénéficiez-vous d'une indemnité d'interruption de carrière? ⁽¹⁾ ☒ non

☐ oui

F joindre une attestation du bureau de chômage relative à l'octroi ou à la prolongation d'une indemnité d'interruption de carrière/crédit-temps

Travailleur du secteur privé, personnel contractuel du secteur public ou personnel nommé des administrations locales et provinciales

= Qualification d'indépendant à titre complémentaire à condition que vous ayez exercé, pendant au minimum 12 mois avant le début du crédit-temps, une activité indépendante et pour autant qu'il y ait suspension complète de l'autre activité professionnelle, avec bénéfice d'indemnités d'interruption. Si ces conditions ne sont pas remplies, vous êtes considéré comme indépendant à titre principal.

Agents de service public nommés

= Qualification d'indépendant à titre complémentaire pendant la première année d'interruption de carrière. Vous pouvez également être considéré comme indépendant à titre complémentaire pour les 4 années suivantes pour autant que vous fournissiez les pièces justificatives requises en matière d'assimilation avec des périodes d'occupation.

Revenus de remplacement

Bénéficiez-vous d'une pension? ⁽¹⁾

☒ non

☐ oui:

☐ pension de survie

depuis _____

☐ pension de retraite

depuis _____

Exercez-vous votre activité indépendante dans les limites du travail autorisé?

☐ non

☐ oui

Votre conjoint bénéficie-t-il d'une pension?

☒ non

☐ oui, précisez

☐ pension au taux ménage

☐ pension au taux isolé

Bénéficiez-vous d'une indemnité ou d'une allocation sociale? ⁽¹⁾

☒ non

☐ oui, précisez

☐ allocation de chômage

☐ indemnité maladie-invalidité

☐ prépension

☐ autre

Nom de l'organisme payeur: _____

Exercice d'une activité salariée (ou chômage) avant l'activité indépendante

Exerciez-vous une activité salariée avant le début de votre activité indépendante? ⁽¹⁾

☒ non

☐ oui: précisez

Nom et adresse du dernier employeur: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Lieu: _____

Pays: _____

Description de l'activité salariée: _____

Date de fin du contrat de travail: _____

Avez-vous perçu une indemnité de rupture? ☐ non

☐ oui

Bénéficiez-vous d'un préavis? ☐ non

☐ oui du _____ au _____

Allez-vous travailler en sous-traitance pour votre employeur précédent? ☒ non

☐ oui

Etiez-vous au chômage avant le début de votre activité indépendante? ☐ non

☐ oui

Quelle activité exerciez-vous avant d'être au chômage? _____

Procuration

Faites-vous appel à un comptable ou à un conseiller fiscal? ⁽¹⁾

☒ non

☐ oui: précisez

Nom du bureau du comptable/fiscaliste: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Par la présente, donnez-vous procuration à votre comptable ou à votre conseiller fiscal pour gérer vos données? ☐ oui

☒ non

Dans l'affirmative, nous pouvons lui adresser directement les attestations d'affiliation, les attestations fiscales, etc.

Déclaration - Signature

☐ Je souhaite que mes cotisations provisoires de début d'activité soient calculées sur (1)

☐ le minimum légal ☒ un revenu annuel net estimé de 0,00 EUR

☐ 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 leurs régularisations conformément à l'article 41 bis de l'arrêté royal du 19 décembre 1967.

☐ Je déclare que les données reprises dans le présent formulaire sont correctes et complètes et que je m'affilie à votre Caisse d'assurances sociales.

☐ Je m'engage à signaler à ma Caisse d'Assurances Sociales, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant sur ce formulaire d'affiliation (obligation légale).

☐ Je déclare avoir été informé(e) que:

- toute personne physique qui exerce en Belgique une activité professionnelle indépendante doit s'affilier au plus tard le jour du début de l'activité indépendante;
- le travailleur indépendant doit inscrire à la Banque-Carrefour des entreprises toutes ses activités indépendantes;
- en cas de non-respect de ces obligations, une amende administrative est imposée;
- les personnes morales sont tenues solidairement au paiement de l'amende administrative imposée à leurs associés ou mandataires.

le 17/07/2018 Fait à Etterbeek

Signature:

ATTESTATION D'EMPLOI

L'employeur (nom)
Adresse:
N° d'immatriculation à l'O.N.S.S.:

atteste par la présente que (nom et prénom du membre du personnel).....
habitant.....
fait partie de notre personnel depuis le / / jusqu'au / /

Il s'agit d'une activité à horaire complet? () OUI / NON () (*)

Si NON :

- Comme salarié(e) durant combien d'heures par semaine?.....
- Comme fonctionnaire durant combien de mois par an?
et combien d'heures par semaine?
- Comme enseignant durant combien d'heures par semaine?

Combien d'heures sont exigées pour une activité à horaire complet dans la même entreprise ou branche d'activité?

L'intéressé est-il assujetti à une assurance sociale OBLIGATOIRE (impliquant le paiement de cotisations sociales obligatoires) en matière de:

- Pension de retraite () OUI / NON () (*)
- Allocations familiales () OUI / NON () (*)
- Assurances maladie-invalidité () OUI / NON () (*)

Fait à, le

CACHET

Signature

(*) Cochez la case adéquate

CHECKLIST

- I Je m'engage à signaler à ma Caisse d'assurances sociales, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant sur ce formulaire d'affiliation (obligation légale).
- I Veuillez joindre une attestation de l'employeur avec mention de votre horaire (nombre d'heures par semaine), la nature de l'activité, la date de début de cette activité, l'horaire qui correspond à un emploi à temps plein dans l'entreprise.
- I Veuillez joindre une copie de la décision de l'Assemblée Générale confirmant la gratuité de votre mandat.
- I Veuillez joindre une copie des statuts. (Si vous êtes mandataire, gérant ou associé actif dans plusieurs sociétés, veuillez joindre une copie des statuts de chaque société.)
- I Veuillez joindre une copie des statuts et/ou copie du livre des associés. (Si vous êtes associé actif dans plusieurs sociétés, veuillez joindre une copie des statuts et/ou copie du livre des associés de chaque société.)

Domiciliation

Pourquoi ne choisiriez-vous pas ce mode de paiement pratique? La domiciliation présente de nombreux avantages.

Securité

Il n'y a plus aucun risque d'oublier vos paiements, évitant par la même occasion l'imputation de majorations de cotisations.

Date de débit

Les cotisations trimestrielles (y compris les régularisations) sont réclamées automatiquement vers le 20 du dernier mois du trimestre.

Flexibilité

Une domiciliation peut être révoquée à tout moment. Si vous êtes intéressé(e), transmettez l'avis de domiciliation à votre banque.

Mandat de domiciliation Européenne SEPA - Business to Customer (Core)

Securex Integrity
Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants asbl
Avenue de Tervueren 43
1040 Bruxelles
Creditor - ID : BE57ZZZ0409861127

Par la signature de ce formulaire de mandat, vous autorisez (A) Securex Integrity, Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants à envoyer des instructions à votre banque pour débiter votre compte et (B) votre banque à débiter votre compte conformément aux instructions de Securex Integrity, Caisse libre d'assurances sociales pour travailleurs indépendants.

Vous bénéficiez d'un droit de remboursement de la domiciliation Européenne par votre banque selon les conditions stipulées dans la convention conclue avec celle-ci. Toute requête de remboursement doit être introduite dans un délai de 8 semaines suivant la date de débit de votre compte.

Identification du débiteur (A compléter par le débiteur)

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Lieu : _____

Pays : _____

Votre numéro de compte (IBAN) : _____

Code BIC de votre banque: _____
(BIC, maximum 11 caractères)

Identification du mandat (A compléter par le créancier)

Référence du mandat :

Object du mandat: _____

Type d'encaissement : ☐ récurrent ou ☐ unique

Date : ____ / ____ / ____ Lieu de signature : _____

Nom du signataire : _____

Signature (1)

(1) Le débiteur doit faire parvenir ce mandat au créancier

Avis destiné au titulaire du compte

1. Le paiement ne sera effectué que pour autant que le compte possède une couverture disponible suffisante.
2. Il est possible que des factures soient encore soumises pour paiement dans les jours qui suivent.

Celles-ci doivent être régularisées comme avant.

3. Chacune des parties impliquées a le droit de révoquer la domiciliation.

Si vous souhaitez révoquer la domiciliation vous-même, adressez-vous à Securex Integrity.

La révocation prendra effet au plus tard 10 jours ouvrables après la remise de l'avis de révocation.

Si la révocation émane du créancier, celui-ci en avertira directement le débiteur des factures.