

**DECLARATION DU PARTENAIRE⁽¹⁾ APPLICATION DE L'ARTICLE 7 bis
DE L'ARRETE ROYAL N° 38**

Correspondant: _____ Numéro: _____

1. LES DONNEES D'IDENTIFICATION

A. Données à caractère personnel: Numéro de registre national: - -

Nom: _____ Prénom: _____

Date de naissance: _____ Lieu de naissance _____ Nationalité: _____

Etat civil: _____ Langue: Français - Néerlandais - Allemand

B. Adresse de Correspondance (uniquement si celle-ci diffère de l'adresse du domicile):

Rue: _____ N°: _____ Boîte _____

Code postal: _____ Lieu: _____ Pays: _____

C. Coordonnées:

Tél.: _____ / _____ Fax: _____ / _____

E-mail: _____

2. LES DONNEES D'IDENTIFICATION DE VOTRE PARTENAIRE

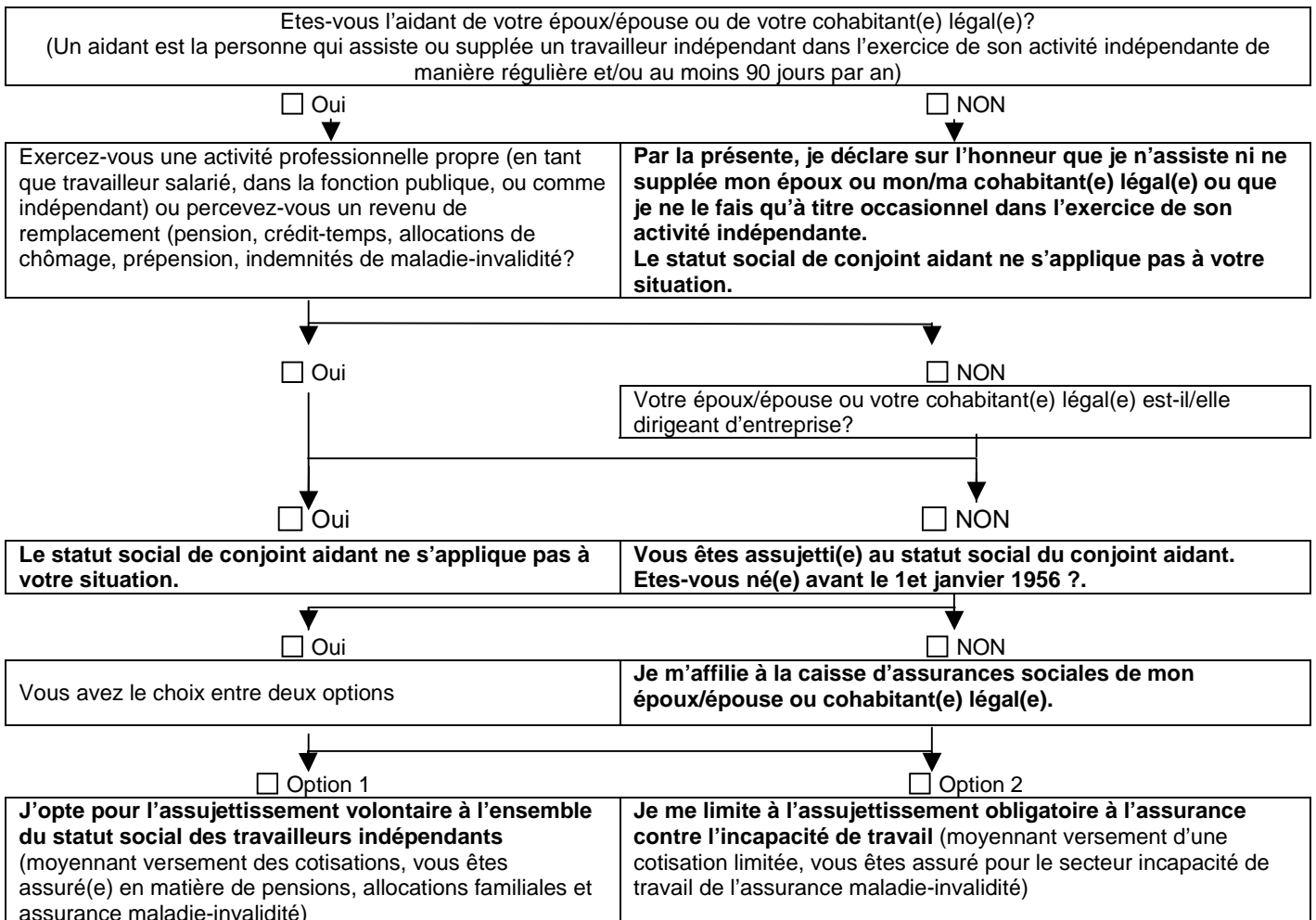
Numéro de registre national: - -

Nom: _____ Prénom: _____

3. ORGANIGRAMME

Vous êtes le partenaire du travailleur indépendant susmentionné.

Dans le schéma ci-dessous, cochez les cases qui s'appliquent à votre situation:



(1) Il convient d'entendre par "partenaire", la personne qui est mariée ou qui cohabite légalement avec un travailleur indépendant.

4. DECLARATION DU SIGNATAIRE

Je suis au courant du fait que toute déclaration incorrecte ou fausse est punissable par la loi.
(Cochez une des deux cases)

- Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à ma situation.
- Le statut social du conjoint aidant m'est applicable et je m'affilie à votre caisse d'assurances sociales MULTIPEN
depuis: _____.

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 leur régularisation 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.

Fait à, le ... / ... / ...

(Signature)

Nombre d'annexes :

Pensez à conserver une copie du formulaire complété et à joindre les annexes éventuelles.

En cas de modification des données que vous avez communiquées dans le présent formulaire, vous êtes contraint par la loi de signaler ces modifications endéans les deux semaines.

Les données qui vous sont demandées ne serviront qu'au traitement de votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données et de les faire corriger.