

F 11

DECLARATION D’AFFILIATION

1. L’AFFILIE

- A. Données à caractère personnel:** Numéro de registre national: --
 Nom: _____ Prénom: _____
 Adresse : _____
 Date et place de naissance: _____ Nationalité: _____
 Etat civil: _____ Langue: Français – Néerlandais – Allemand
 Compte postal ou bancaire: _____
B. Adresse de correspondance (uniquement si elle diffère de votre adresse de domicile):
 Adresse : _____
 Pays: _____
C. Coordonnées:
 Tél.: ____ / _____ Fax: ____ / _____
 E-mail: _____

2. ACTIVITE INDEPENDANTE EN BELGIQUE

- Date de lancement ou reprise: _____ Date de cessation: _____
 (Si vous avez cessé votre activité indépendante entre le lancement de l'activité et la date d'affiliation.)
A. Activité exercée: (veuillez la décrire succinctement)

 Numéro d'entreprise: _____
B. Exercez-vous un mandat dans une société ou êtes-vous un associé actif?
 NON Oui: veuillez, le cas échéant, répondre aux questions ci-dessous
 Nom de la société: _____
 Numéro d'entreprise _____ Forme juridique: _____
 Date de fondation: _____ Votre fonction: _____
 Date de publication des statuts: _____ Date de nomination: _____
 Exercez-vous ce mandat gratuitement ? Non OUI. Si oui, ajouter la preuve.
C. Etes-vous l'aidant/l'aidante d'un travailleur indépendant?
 NON OUI: veuillez, le cas échéant, répondre aux questions ci-dessous
 Données relatives au travailleur indépendant dont vous êtes l'aidant:
 Nom: _____ Prénom: _____
 Code postal: ____ Lieu: _____ N° de registre national: _____

3. AUTRES ACTIVITES OU ALLOCATIONS

- A. Exercez-vous, outre votre activité indépendante, une autre activité en Belgique?**
 NON OUI: En tant que travailleur salarié (répartition de l'occupation: ____ / ____ / ____)
 En tant que fonctionnaire (répartition de l'occupation: ____ / ____ / ____)
B. Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement?
 NON OUI: pension
 pension de survie depuis le ____ / ____ / ____
 pension de retraite depuis le ____ / ____ / ____
 interruption de carrière (ou crédit-temps)
 allocations de chômage
 pré pension
 indemnités de maladie-invalidité
 autres: _____
C. Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger?
 NON OUI: veuillez, le cas échéant, répondre aux questions ci-dessous
 Pays où l'activité est exercée: _____
 Il s'agit d'une activité en tant que travailleur salarié
 en tant que travailleur indépendant
 sous un autre statut

Si vous avez répondu OUI au point A, B ou C, veuillez joindre une preuve (dernière preuve de paiement, notification ou fiche de paie) ou mentionner le nom de l'organisme de paiement: _____

4. ALLOCATIONS FAMILIALES

- Avez-vous des enfants? NON OUI Des allocations familiales vous sont-elles déjà octroyées?
 NON: par le présent formulaire, j'introduis une demande de paiement des allocations familiales.
 OUI veuillez mentionner dans ce cas le nom de l'organisme payeur:

Désirez-vous que nous versons les allocations sur votre compte OUI, n°: _____ NON

5. EXERCICE D'UNE ACTIVITE EN TANT QUE TRAVAILLEUR SALARIE AVANT L'ACTIVITE INDEPENDANTE

A. Exerciez-vous, avant le début de votre activité indépendante, une activité en tant que travailleur salarié?

NON

OUI veuillez, le cas échéant, compléter cette rubrique

Nom et code postal du dernier employeur: _____

Activité exercée (veuillez la décrire succinctement): _____

Date de fin du contrat de travail: ____ / ____ / ____

B. Percevez-vous une indemnité de rupture ou bénéficiez-vous d'un délai de préavis?

NON

OUI: pour la période: du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____

C. Avez-vous l'intention d'exercer des activités pour le compte de votre précédent employeur?

NON

OUI

D. Etiez-vous au chômage avant de lancer vos activités d'indépendant?

NON

OUI

6. L'EPOUX/L'EPOUSE OU LE COHABITANT LEGAL⁽¹⁾ DE L'AFFILIE (le partenaire)

Si vous êtes marié ou que vous êtes lié par un régime de cohabitation, veuillez compléter les données suivantes concernant votre partenaire⁽²⁾

N° de registre national: □□□□□□ - □□□ - □□

Nom: _____ Prénom: _____

Activité professionnelle:

indépendant, si oui, affilié auprès de: _____

aidant/aidante, si oui, donnez le nom de l'indépendant: _____

salarié auprès de l'employeur: _____

des revenus de remplacements ou indemnités sociales: _____

aucune

7. LA PENSION LEGALE COMPLEMENTAIRE

Nous attirons votre attention sur le fait que vous avez la possibilité comme travailleur indépendant d'adhérer à la pension légale complémentaire, qui est très avantageuse et dont les primes sont complètement déductibles fiscalement comme frais.

Souhaitez-vous plus d'information?

Oui

NON

8. RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES A FOURNIR PAR TOUTES LES PERSONNES QUI S'AFFILIENT

- Désirez-vous que nous envoyons les avis d'échéance directement à votre organisme financier? OUI NON

Nom, adresse, n° tél. et fax, e-mail de votre comptable: _____

Donnez-vous la procuration à votre comptable de gérer vos renseignements auprès de Multipen asbl?

OUI

NON.

Je m'engage d'informer Multipen en cas de changement de comptable.

- COTISATIONS PROVISOIRES:**

Je souhaite que mes cotisations provisoires de début d'activité soient calculées sur:

le minimum légal

un revenu pré-musé de _____ euro par an.

- Employez-vous du personnel salarié

OUI

NON

- Nom et adresse de votre mutualité: _____

9. DECLARATION DE L'AFFILIE

Je suis au courant du fait que toute déclaration incorrecte ou fautive 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 elle donne 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 m'engage à signaler à ma Caisse d'Assurances Sociales Multipen endéans les quinze jours toute modification des renseignements figurant sur ce formulaire d'affiliation.

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 MULTIPEN.

Fait le _____

Signature: _____

Nombre d'annexes: _____

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

(1) Il s'agit des personnes liées par une déclaration de cohabitation légale.

(2) Si vous êtes marié ou que vous êtes lié par un régime de cohabitation légale, votre partenaire est tenu de remplir et de signer le document ci-joint.

Avec ce document, Multipen vous demande des renseignements personnels qui, dans un traitement automatisé, nous permettront à exécuter notre mission, comme déterminé dans l'arrêté royal 38 du 27 juillet 1967. Conformément à la loi du 8 décembre 1992 à la protection de la vie privée personnelle en rapport avec traitement automatisé des renseignements de personnes, nous vous informons que vous avez accès à ces renseignements, ainsi que le droit d'apporter des corrections et d'obtenir des renseignements supplémentaires au Registre Public.