

Mechelen, _____
F 11 Q-L _____

**DÉCLARATION D’AFFILIATION DE L’AIDANT DONT QUESTION À
L’ARTICLE 7BIS DE L’ARRÊTÉ ROYAL N°38**

1. L’aidant

Nom : _____ Prénoms : _____

NISS (n° du Registre national) : _____

Sexe : féminin masculin

Né(e) le : _____ / _____ / _____

Marié(e) (ou cohabitant légal) depuis le : _____ / _____ / _____

Tél. : _____ / _____

Compte postal ou bancaire n° : _____ / _____ / _____

Adresse pour la correspondance (*si elle diffère de celle de la résidence principale*)

Rue : _____ N° : _____ Boîte : _____

Code postal : _____ Localité : _____ Pays : _____

2. Le conjoint (ou le cohabitant légal)

Nom : _____ Prénoms : _____

N° d’affiliation à notre caisse d’assurances sociales : _____

NISS (N° du Registre national) : _____

Né(e) le : _____ / _____ / _____.

3. Déclaration

Je déclare assister et/ou remplacer de manière régulière et/ou au moins nonante jours par an mon conjoint (ou la personne avec qui je suis lié(e) par une déclaration de cohabitation légale) dans l’exercice de sa profession d’indépendant.

Je déclare ne pas exercer d’activité professionnelle (en tant que travailleur salarié, fonctionnaire ou travailleur indépendant) m’ouvrant des droits propres à des prestations dans un régime obligatoire de pension et d’allocations familiales et d’assurance contre la maladie et l’invalidité au moins égales à celles du statut social des travailleurs indépendants.

Je déclare ne bénéficier d’aucune prestation dans le cadre du régime de la sécurité sociale m’ouvrant de tels droits propres.

Je déclare également ne pas exercer d’activité indépendante pour laquelle une assimilation aux indépendants en activité accessoire (application de l’article 37 de l’arrêté royal du 19 décembre 1967) a été obtenue.

Dès lors, je m'affilie à votre Caisse d'assurances sociales¹ et²

opte pour l'assujettissement volontaire à l'intégralité du statut social des indépendants

OU

me limite à l'assujettissement obligatoire à l'assurance contre l'incapacité de travail.

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes .

Fait à _____, le ____ / ____ / ____

Signature : l'aidant : _____

*N'oubliez pas de conserver pour vous-même une copie du formulaire complété.
Vous avez l'obligation légale de nous signaler endéans les quinze jours toute modification des renseignements que vous avez communiqués via le présent formulaire. Les données qui vous sont demandées sont exclusivement utilisées aux fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale. Vous avez le droit de consulter ces données, et, au besoin, de les faire rectifier. Vous devrez, pour ce faire, vous adresser à l'agent qui instruit votre dossier (informez-vous auprès de votre correspondant).*

¹ Obligation de s'affilier à la même caisse que le conjoint.

² Il y a deux possibilités durant la période 2003-2005: SOIT vous optez pour un assujettissement à l'intégralité du statut social des indépendants, statut vous permettant, moyennant paiement des cotisations dues, de bénéficier de l'assurance pension, allocations familiales et assurance contre la maladie et l'invalidité (secteurs soins de santé et incapacité de travail), SOIT vous vous limitez au mini-statut obligatoire, statut vous permettant, moyennant paiement d'une cotisation limitée, de bénéficier de l'assujettissement au secteur incapacité de travail de l'assurance contre la maladie et l'invalidité.