

F 34/H/2

**DEMANDE D'EXONERATION OU DE DIMINUTION DE COTISATIONS**  
**DECLARATION SUR L'HONNEUR**  
(Application de l'article 37 § 1 ou 40 § 3)

Numéro d'Affiliation (Numéro National): \_\_\_\_\_ (si déjà connu)

Je, soussigné(e), (nom et prénom) \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date de début de la profession indépendante: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

prie la caisse d'assurances sociales "Multipen" de bien vouloir voir mon activité indépendante comme activité complémentaire et de m'exonérer du paiement des cotisations provisoires.

Je déclare sur l'honneur que mes revenus:

pour 2010 s'élèvent ou s'élèveront au maximum à \_\_\_\_\_ EUR;  
pour 2011 s'élèvent ou s'élèveront au maximum à \_\_\_\_\_ EUR;  
pour 2012 s'élèvent ou s'élèveront au maximum à \_\_\_\_\_ EUR;  
pour 2013 s'élèvent ou s'élèveront au maximum à \_\_\_\_\_ EUR.

Ci-joint vous trouvez les éléments et/ou les pièces justificatives pour appuyer ma demande.

Éventuellement une copie: de l'avertissement extrait de rôle – de la déclaration fiscale – de la déclaration à la T.V.A. – du livre des recettes et dépenses – du compte d'exploitation – du bilan – du livre journal. (1)

Éventuellement: une déclaration du comptable (voir verso) – les statuts ou une attestation de la société. (1)

Selon le cas: une copie du contrat d'emploi – une attestation de l'employeur – une attestation de la Caisse d'Assurances Sociales – une attestation de l'organisme qui paie la pension ou le revenu de remplacement – une copie de la souche de paiement de la pension ou du revenu de remplacement – une attestation de l'organisme qui paie la pension de survie – une copie de la souche de paiement de la pension de survie – une attestation scolaire – une attestation de l'organisme qui paie les allocations familiales – une attestation délivrée par la direction de l'école. (1)

Je sais que, par l'assimilation définitive de ma profession indépendante avec une profession complémentaire, je perds le droit à la pension de retraite d'indépendant et le droit aux indemnités journalières en cas d'incapacité de travail, pour les années concernées.

Date: \_\_\_\_\_ (2)

Signature: \_\_\_\_\_

(1) Souligner ce qui convient.

(2) Écrire personnellement "Lu et approuvé".

Réservé à Multipen

Décision: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_

F 34/H/3

**DECLARATION SUR L'HONNEUR**  
**(A remplir par votre comptable)**

Je, soussigné (nom et prénom), \_\_\_\_\_

agissant en tant que comptable – fiscaliste (\*) de monsieur – madame (\*)

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_ Date de début de la profession indépendante: \_\_\_\_\_

Numéro d'affiliation (Numéro National): \_\_\_\_\_ (si déjà connu)

Adresse: \_\_\_\_\_

déclare que suivant l'estimation faite, les revenus de la personne ci-dessus ne dépasseront pas les montants-plancher indiqués dans la note d'information, soit:

\_\_\_\_\_ EUR en 2010;

\_\_\_\_\_ EUR en 2011;

\_\_\_\_\_ EUR en 2012;

\_\_\_\_\_ EUR en 2013.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Sceau

Signature: \_\_\_\_\_

(\*) Biffer la mention inutile.