

Correspondant :

Numéro:

1. L'AFFILIE

A. DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

NUMÉRO DE REGISTRE NATIONAL:

Nom: _____ Prénom: _____
 Rue: _____ N°: _____ Boîte: _____
 Code Postal: _____ Lieu: _____ Pays: _____
 Date de naissance: _____ Place de naissance : _____ Nationalité: _____
 Etat civil: _____ Langue: Français – Néerlandais – Allemand
 Bankrekeningnummer: _____

B. ADRESSE DE CORRESPONDANCE (uniquement si elle diffère de votre adresse de domicile):

Rue: _____ N°: _____ Boîte: _____
 Code Postal: _____ Lieu: _____ Pays: _____

C. COORDONNÉES

Tél.: _____ Gsm: _____ E-mail: _____
 . . .

J'autorise l'utilisation de mes données de contact pour la gestion ultérieure de mon statut social.

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. ACTIVITE EXERCEE (veuillez la décrire succinctement)

_____ Numéro d'entreprise: _____

B. EXERCEZ-VOUS UN MANDAT DANS UNE SOCIETE OU ETES-VOUS UN ASSOCIE 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 status: _____ 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 INDEPENDANT?

NON OUI: veuillez, le cas échéant, répondre aux questions ci-dessous:
 Données relatives au travailleur indépendant dont vous êtes l'aidant(e):
 Nom: _____ Prénom: _____
 Code Postal: _____ Lieu: _____ N° de registre national.: _____

3. AUTRES ACTIVITES OU ALLOCATIONS si OUI veuillez joindre une preuve (dernière preuve de paiement, notification ou fiche de paie)

A. EXERCEZ-VOUS, OUTRE VOTRE ACTIVITE INDEPENDANTE, UNE AUTRE ACTIVITE EN BELGIQUE?

NON OUI: En tant que travailleur salarié (répartition de l'occupation: _____ / _____)
 En tant que fonctionnaire (répartition de l'occupation: _____ / _____)

B. BENEFICIEZ-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 ACTIVITE PROFESSIONNELLE A L'ETRANGER?

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

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

A. EXERCEZ-VOUS, AVANT LE DEBUT DE VOTRE ACTIVITE INDEPENDANTE, UNE ACTIVITE EN TANT QUE TRAVAILLEUR SALARIE ?

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. PERCEVIEZ-VOUS UNE INDEMNITE DE RUPTURE OU BENEFICIEZ-VOUS D'UN DELAI DE PREAVIS?

NON OUI: pour la période: du _____ / _____ / _____ au _____ / _____ / _____

C. AVEZ-VOUS L'INTENTION D'EXERCER DES ACTIVITES POUR LE COMPTE DE VOTRE PRECEDENT EMPLOYEUR?

NON OUI

D. ETIEZ-VOUS AU CHOMAGE AVANT DE LANCER VOS ACTIVITES D'INDEPENDANT ?

NON OUI

5. L'EPOUX/L'EPOUSE OU LE COHABITANT LEGAL 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

N° de registre national:

Nom: _____ Prénom: _____

Activité professionnelle: indépendant, si oui, affilié auprès de: _____
 salarié auprès de l'employeur: _____
 des revenus de replacements ou indemnités sociales : _____
 aucune

6. LA PENSION LEGALE COMPLEMENTAIRE – REVENU GARANTI – COMBINAISON REVENU GARANTI/PCLI

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. L'indépendant en activité principale : remarquez que vous pouvez bénéficier d'un **revenu garanti** en cas d'incapacité de travail. En tant que starter vous pouvez jouir d'un produit d'assurance unique de Multipen: une combinaison revenu garanti/PCLI.

7. RENSEIGNEMENTS SUPPLEMENTAIRES – veuillez mentionner votre choix et compléter les données

Je souhaite bénéficier de l'assimilation au statut complémentaire sur base de l'article 37 (conjoint marié, ...) sachant qu'aucun droit ne se constitue dans cette catégorie (accordé pour autant que les conditions soient suffisamment prouvées)

Je souhaite m'affilier comme étudiant-indépendant (accordé pour autant que les conditions soient suffisamment prouvées)

• Je souhaite que mes cotisations provisoires DE DEBUT D'ACTIVITE soient calculées sur :

- le minimum légal un revenu présumé de _____ euro : le total pour les trimestres _____ à _____ de l'année départ
 un revenu présumé de _____ euro pour la première année complète

je rempli les conditions en tant que **PRIMO-starter** et je demande la diminution des cotisations (le formulaire sera transmise par Multipen)

• Si vous faites appel aux services d'un comptable veuillez mentionner ces coordonnées, ci après (Nom, adresse, tél., fax, e-mail) _____

Donnez-vous la procuration à votre comptable ? OUI NON Je m'engage d'informer Multipen en cas de changement de comptable !

8. DECLARATION DE L'AFFILIE

- ❖ 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 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 calculations des cotisations et leur régularisation.
- ❖ J'ai été informé(e) que les cotisations sont calculées en 2 phases: es cotisations provisoires seront régularisées dès que ma Caisse aura connaissance de mon revenu professionnel net de l'année de cotisation. **En cas de début d'activité, une cotisation minimale provisoire sera imposée. Hors début d'activité, la cotisation provisoire exigible sera calculée sur base du revenu acquis 3 ans auparavant. Pour éviter des régularisations de cotisations trop importantes, il m'a été conseillé de fixer les cotisations provisoires sur la base d'un revenu évalué par mes soins.**
- ❖ 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.

9. PRIVACY DISCLAIMER - à cause de la législation GDPR vous devez indiquer clairement votre accord

VIE PRIVÉE

Les données que vous communiquez à Multipen asbl sont traitées et sauvegardées dans des fichiers informatisés.

Multipen asbl traite ces données, ainsi que celles que vous lui fournissez ultérieurement, afin d'exécuter ses tâches administratives.

Ces tâches comprennent la gestion de votre statut social en tant qu'indépendant dans le cadre de l'arrêté royal n°38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des indépendants, ainsi que tous les droits et obligations qui y sont liés.

Le traitement est effectué conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (Règlement général sur la Protection des données).

En vertu de cette réglementation, vous avez le droit de recevoir des informations concernant le traitement de vos données à caractère personnel, de les consulter, de les faire rectifier ou supprimer, d'en restreindre le traitement, de vous opposer à leur traitement ou de demander qu'elles soient transférées à un autre responsable du traitement des données. Vous trouverez des informations détaillées sur le traitement des données à caractère personnel sur le site web de Multipen asbl, sous la rubrique 'Privacystatement'.

Pour les questions spécifiques relatives à la protection de vos données à caractère personnel, veuillez vous adresser au responsable de la protection des données (DPO) (via e-mail: DPO@multipen.be ou par courrier : Multipen asbl, DPO, Zeutestraat 2b, 2800 Mechelen).

Toute modification des renseignements fournis doit être signalée, dans les 15 jours, à Multipen asbl (article 7 AR du 19 décembre 1967).

CONSENTEMENT VIE PRIVÉE

En vertu de la législation européenne sur la protection des données, nous sommes tenus de vous demander votre consentement explicite concernant le traitement et l'utilisation des données de contact suivantes : votre adresse mail, votre numéro de téléphone et votre numéro de GSM.

J'autorise l'utilisation de mes données de contact pour la gestion ultérieure de mon statut social.

Pour retirer votre consentement, veuillez vous adresser à Multipen asbl (par e-mail : info@multipen.be ou par courrier : Multipen vzw, Zeutestraat 2b, 2800 Mechelen).

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 _____