

Déclaration d'affiliation du conjoint aidant

n° corr. _____

nom _____

1. Identité

A. Données personnelles

prénom _____

nom _____

numéro de registre national (NISS) _____

langue FR NL

Joignez la copie de votre pièce d'identité (carte d'identité, passeport, etc.) à la demande ou faites-la nous parvenir dans les 7 jours.

B. Adresse de correspondance (si différente de la résidence principale)

rue _____

n° et boîte _____

code postal _____

localité _____

pays _____

C. Contact

tél. _____

gsm _____

e-mail _____

2. Données personnelles de votre partenaire indépendant

prénom _____

nom _____

Numéro de registre national (NISS) _____

3. Informations sur votre expert-comptable / conseiller fiscal

Pour votre administration, faites-vous appel à un expert-comptable ou conseiller fiscal ?

non oui (veuillez dans ce cas compléter cette rubrique)

nom du bureau _____

personne de contact _____

rue _____

n° et boîte _____

code postal _____

localité _____

pays _____

e-mail _____

4. Protection sociale complémentaire

Souhaitez-vous des informations complémentaires sur

la pension libre complémentaire sociale oui non

l'assurance d'incapacité de travail oui non

l'assurance hospitalisation oui non

Remplissez d'abord le schéma au verso et ensuite la déclaration ci-dessous.

6. Déclaration du signataire

(Cochez une des deux cases)

Le statut social de conjoint aidant **ne s'applique pas** à ma situation.

Le statut social de conjoint aidant s'applique et j'adhère à votre caisse d'assurances sociales à partir du ___ / ___ / ___

je souhaite que

les cotisations provisoires soient calculés sur un revenu net imposable estimé à _____ euros sur une base annuelle et ceci à partir du ___ / ___ / ___

seules soient calculées les cotisations provisoires prévues légalement

Je demande

l'attestation d'affiliation spécifique ad hoc pour mon inscription à la commune de mon lieu d'habitation.

établi à _____

le _____

signature _____

- Le signataire déclare que les données de ce formulaire sont exactes et complètes.
- Le soussigné déclare avoir été informé des cotisations et des frais de fonctionnement qui lui seront facturés, du mode de calcul de ceux-ci et des services auxquels ceux-ci donnent droit.
- Si les données que vous avez communiquées sur ce formulaire se modifient, vous êtes légalement tenu de nous signaler ces modifications dans un délai de deux semaines. Le soussigné est au courant du fait que des déclarations inexactes et fausses sont punissables.
- Nous traitons vos données conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD). Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sur notre site internet, via liantis.be/fr/privacy. Ainsi, vous avez le droit de demander, par écrit, à Liantis de corriger les informations qui vous concernent. Vous pouvez également consulter le Registre des traitements automatisés auprès de l'Autorité de protection des données, Rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles.

Liantis caisse d'assurances sociales asbl

Quai de Willebroeck 37, 1000 Bruxelles • n° BCE 0409.088.689, RPM Bruxelles • info@liantis.be • 02 212 22 30 • liantis.be

Déclaration d'affiliation du conjoint aidant

5. Schéma opérationnel

Vous êtes le/la partenaire de l'indépendant susmentionné.

Cochez dans le schéma suivant les cases qui s'appliquent à votre situation et servez-vous du résultat pour compléter la déclaration (point 6).

