



L'Entraide

Member of EASYPAY GROUP

Partenaire:

Numéro:

DECLARATION D'AFFILIATION

1. L'affilié(e)

Numéro de registre national:

Nom: Prénom:

Date de naissance: Lieu de naissance: Nationalité:

Adresse de correspondance: *(uniquement si elle diffère de votre adresse de domicile)*

Rue: N°: Boîte:

Code postal: Localité: Pays:

Coordonnées:

Tél: Fax:

E-mail:

IBAN: BIC:

Nom du titulaire:

2. Activité indépendante 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)*

Activité exercée: *(Description)*

.....

Numéro d'entreprise:

Exercez-vous un mandat dans une société ou êtes-vous un associé actif ?

Non Oui: Veuillez, le cas échéant, compléter la rubrique ci-dessous:

Nom de la société:

Numéro d'entreprise: Forme juridique:

Votre fonction:

Exercez-vous ce mandat gratuitement? Si oui, ajouter la preuve.

Non Oui

Êtes-vous l'aidant(e) d'un travailleur indépendant ?

Non Oui: Veuillez, le cas échéant, compléter la rubrique ci-dessous:

Données relatives au travailleur indépendant dont vous êtes l'aidant(e)

Nom: Prénom:

Code postal: Localité:

N° de registre national:

Lien de parenté:

Activité exercée:

3. Autres activités ou allocations

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:/.....)

Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement ?

Non Oui: depuis le/..../.....

Pension de survie

Pré pension

Pension de retraite

Interruption de carrière (ou crédit-temps)

Allocation de chômage

Indemnités de maladie-invalidité

Autres:

Si vous avez répondu « OUI », joindre une preuve en fonction du statut déclaré (notification d'octroi de pension, formulaire C62, autorisation de l'ONEM, ...) et mentionner le nom de l'organisme de paiement.

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ?

- Non Oui: Veuillez, le cas échéant, compléter la rubrique 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 »:

- Si Salarié : joindre une copie du contrat de travail, les deux dernières fiches de paie, une attestation reprenant le nom et l'adresse de l'organisme de sécurité sociale dont vous dépendez ainsi que votre N° d'inscription.
- Si indépendant : joindre le formulaire A1. (à demander auprès de votre organisme de sécurité sociale dont vous dépendez)

4. Exercice d'une activité salarié avant l'activité indépendante

Exerciez-vous une activité salariée avant le début de votre activité indépendante ?

- Non Oui: Veuillez, le cas échéant, compléter la rubrique ci-dessous:
Nom et code postal du dernier employeur:
Activité exercée (veuillez la décrire succinctement):
Date de fin du contrat de travail:

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

- Non Oui: Pour la période du: au

Si vous avez répondu « OUI », veuillez joindre une copie du C4.

5. L'époux/l'épouse ou le cohabitant légal de l'affilié(e)

Si vous êtes marié(e) ou que vous êtes lié(e) par un régime de cohabitation, veuillez compléter les données concernant votre conjoint(e)/partenaire:

Numéro de registre national:

Nom: Prénom:

Date de naissance:

Lieu de naissance:

Nationalité:

Votre conjoint(e)/partenaire vous aide-t-il/elle dans l'exercice de votre activité ?

Non Oui

Activité professionnelle du conjoint/partenaire:

Indépendant : affilié(e) auprès de:
.....

Aidant(e) : nom de la personne aidée:
.....

Salarié(e) : nom de l'employeur:
.....

Perçoit des revenus de remplacement ou des indemnités d'incapacité de travail:
.....

Autres:
.....

6. La pension légale complémentaire

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 professionnels.

Souhaitez-vous plus d'informations? Oui Non

7. Déclaration de l'affilié(e)

Je déclare m'affilier à la Caisse d'assurances sociales L'ENTRAIDE conformément à l'AR n°38 du 27 juillet 1967 et l'AR du 19 décembre 1967 et confirme avoir reçu les informations:

- sur les cotisations sociales provisoires et leur régularisation conformément à l'article 41bis de l'AR du 19 décembre 1967
- sur l'existence des frais de gestion, le calcul des frais de gestion et des services auxquels cette affiliation donne droit conformément à l'article 20§ 4 de l'AR n°38 du 27 juillet 1967

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

- Le minimum légal
- Un revenu annuel présumé de EUR(*)

** Attention, si vous exercez votre activité indépendante pendant une période inférieure à une année civile complète (4 trimestres), le revenu annuel doit être obligatoirement converti sur base annuelle conformément à l'article 11§3, al 4 l'AR n°38 du 27 juillet 1967.*

Je souhaite que les avis d'échéance soient envoyés par :

- E-mail
- Courrier postal

Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou conseiller pour gérer les données de mon dossier auprès de la Caisse d'Assurances Sociales L'Entraide.

Nom: Prénom:

Fiduciaire/Entreprise:

Adresse: N°:..... Boîte:.....

Code postal: Localité:

Tél: E-mail:

Je m'engage à informer L'Entraide en cas de changement de mandataire ou de fiduciaire.

Je reconnais avoir pris connaissance des informations suivantes :

Vie privée :

- Les données à caractère personnel communiquées dans le présent formulaire sont destinées à être traitées par la Caisse d'Assurances Sociales (pour les indépendants) L'Entraide en vue de la gestion sociale de mon statut d'indépendant dans le cadre de l'AR n°38 du 27/07/1967 ainsi que des droits et obligations qui y sont liés.
- J'autorise de manière explicite que mes données de contact (coordonnées) puissent être traitées aux fins d'assurer la promotion des services de l'entreprise EASYPAY GROUP ainsi que d'autres partenaires. Je dispose du droit de retirer à tout moment ce consentement en envoyant une demande (en justifiant mon identité) par un courrier à EASYPAY GROUP sa, DPO, Nijverheidsstraat 16, 8760 Meulebeke ou un mail à l'adresse mail GDPR-INFO@easypay-group.com
- Les traitements précités sont effectués dans le respect des dispositions au Règlement (UE) 2016/679 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 - GDPR).
- En vertu de cette réglementation, je dispose d'une série de droits par rapport à mes données : recevoir des informations concernant le traitement de mes données à caractère personnel, les consulter, les faire rectifier ou dans certains cas les faire supprimer ou en restreindre le traitement. Pour plus d'informations : https://www.easypay-group.com/fr_BE/disclaimer/ et https://www.easypay-group.com/fr_BE/privacy/

Toute déclaration incorrecte ou erronée est punissable par la loi.

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes et m'engage à signaler à la Caisse d'Assurances Sociales L'Entraide, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation.

Fait le:

Signature Digital:
[cliquez ici pour plus d'informations](#)

Signature:
Papier ou PDF-Sign

Veillez joindre les annexes éventuelles avec une copie de votre carte d'identité. Pensez à conserver une copie du formulaire complété.