



L'ENTRAIDE, Caisse Libre d'Assurances Sociales pour Travailleurs Indépendants a.s.b.l.
agrée par A.R. du 23.10.1967 – R.P.M. 0407.843.626
Membre fondateur d'Eunomia a.s.b.l.
Rue Colonel Bourg 113 – 1140 BRUXELLES

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ARTICLE 37

*Pour les personnes mariées, veufs(veuves),
enseignants statutaires avec prestations entre 50 et 60%, et certains mandataires publics.*

Nom et prénom:
Date de naissance: Numéro du Registre national:
Téléphone: GSM:
Email:

demande par la présente l'application de l'article 37 de l'A.R. du 19/12/1967 (assimilation au taux de l'activité complémentaire) étant donné que mes revenus professionnels nets sont inférieurs au plafond fixé chaque année par le Service Public Fédéral de la Sécurité sociale (plafond 2021 = 7.356,08 EUR)

Je confirme avoir pris connaissance du fait que

- ✓ les cotisations seront régularisées dès que le revenu définitif pour l'année de référence seront connus et je m'engage à régler les suppléments éventuels dans l'immédiat ;
- ✓ la période pour laquelle l'article 37 est appliqué n'ouvre aucun droit aux allocations familiales, aux titres-services, à la pension et à l'assurance maladie-invalidité à titre de travailleur indépendant.
- ✓ ma demande reste valable aussi longtemps qu'il n'y est pas renoncé par écrit et que la renonciation sortira ses effets à partir du premier jour de l'année qui suit celle au cours de laquelle elle a été faite.
- ✓ ma demande d'article 37 est non recevable si ma couverture sociale complète n'est pas assurée par un autre droit social qui est au moins équivalent au statut social des travailleurs indépendants.

Date : Signature,

Le questionnaire au verso de la présente est à nous retourner dûment complété et signé, accompagné de pièces justificatives.

Questionnaire pour l'application de l'article 37
(assimilation au taux de l'activité complémentaire)

Je sollicite le bénéfice de l'article 37 depuis le/...../..... sur base de:

Mon état civil depuis le:

- marié(e)
- divorcé(e)
- veuf(veuve)

En ma qualité de:

- enseignant statutaire
- politicien

COUVERTURE SOCIALE (joindre attestation justificative)

Activité professionnelle de votre époux(se)

- salarié(e) (au moins mi-temps)
- travailleur indépendant (affilié auprès de la caisse d'assurances sociales :))
- fonctionnaire (minimum 200 jours par an)
- enseignant statutaire (6/10^{de} d'un horaire complet)

Votre époux(se) bénéficie-t-il(elle) d'un revenu de remplacement ? OUI/NON

- Si oui, allocations de chômage
 pension de retraite ou de survie
 indemnités de maladie ou incapacité de travail
 indemnités d'interruption de carrière

Date de début et de fin:.....

Montant mensuel:

Je m'engage à communiquer, dans les 15 jours, à ma caisse d'assurances sociales, toute modification survenant dans l'activité de mon époux(se), mon état civil ou ma qualité d'étudiant(e).

Date: Signature: