

## 1 Coordonnées de la société

Nom \_\_\_\_\_ Forme juridique \_\_\_\_\_  
 Numéro d'entreprise \_\_\_\_\_

### Siège social

Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 GSM \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Langue  néerlandais  français  allemand **adresse de correspondance** (si cela est différent du siège social)

Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 GSM \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

## 2 Description des activités ou des codes NACEBEI

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

### 3 Nom des associés actifs et des mandataires sociaux

### Numéro de registre national ou date de naissance

|       |       |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

### 4 Comptable/expert-comptable

Nom du bureau \_\_\_\_\_  
 Rue \_\_\_\_\_ Numéro \_\_\_\_\_ Boîte \_\_\_\_\_  
 Code Postal \_\_\_\_\_ Lieu \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 GSM \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_  
 Mail \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

Je donne procuration à mon (expert-)comptable afin de gérer mon dossier auprès de avixi caisse d'assurance sociales  Non  Oui

Recruteur \_\_\_\_\_

## 5 Déclaration d'affiliation

Nom \_\_\_\_\_ Prénom \_\_\_\_\_

Numéro de registre national (voir verso carte d'identité) \_\_\_\_\_

Fonction dans la société \_\_\_\_\_

## 6 Dispense

Je demande une exemption pour les 3 premières années de cotisation après la constitution.

Non  Oui

Est-ce que le(s) gérant(s) au cours des 10 dernières années ont plus que 3 ans été assujettis au statut social des indépendants?

Non  Oui

Je déclare affilier la société à avixi caisse d'assurances sociales

Je déclare par la présente être mandaté(e) pour affilier la société précitée auprès de avixi caisse d'assurances sociales en application de la loi du 30 décembre 1992 portant des dispositions sociales et diverses et mentionne ci-dessous l'identité des mandataires et associés actifs actuels de cette société. Je confirme également avoir reçu toutes les infos utiles concernant le calcul de la cotisation annuelle à charge des sociétés, l'obligation d'assujettissement, les droits et obligations de la société à l'égard de cette cotisation.

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à avixi caisse d'assurances sociales. Ces données seront utilisées pour garantir votre sécurité sociale de travailleur indépendant conformément à l'AR n° 38 du 27.07.1967 (perception des cotisations, assistance, paiement des allocations familiales, gestion de la carrière professionnelle en tant qu'indépendant). À l'exception des données personnelles, médicales et sociales, ces données peuvent aussi être utilisées pour promouvoir les services d' avixi et de ses partenaires. En vertu de la loi du 11.12.1998 (AR du 13.02.2001), vous avez le droit de consulter et de rectifier vos données à caractère personnel. Si vous ne souhaitez pas que vos données soient utilisées aux fins précitées, veuillez nous en informer en envoyant un e-mail à [info@avixi.be](mailto:info@avixi.be) ou un courrier à l'une des adresses de avixi Caisse d'Assurances Sociales, Zeutestraat 2B, 2800 Mechelen.