L’assurance continuée

Déclaration à compléter et à renvoyer signée à la caisse sociale avixi

Numéro National:

|_|_|_|_|_|_| |_|_|_| |_|_|

Le/la soussigné(e),

.....

Né(e) à..... le .....

Domicilié(e) à .....

.....

.....

A arrêté l'activité indépendante le ...../ ..... /..... et
souhaite continuer volontairement les paiements pour les droits sociaux pour

- ☐ Pension et assurance maladie et invalidité
- ☐ Pension

en l’application de l’article 38 ou 39 de l’arrêté royal du 22 décembre 1967 en vue de sauvegarder mes droits à la pension et éventuellement mes prestations d'assurance maladie et invalidité.

Fait à: ....., le .....

Signature