

Intermédiaire: _____ Numéro: _____

1. LE DEMANDEUR

A. DONNÉES PERSONNELLES NUMÉRO NATIONAL: _____ - _____ - _____

Nom: _____ Prénom: _____

Rue: _____ N°: _____ Boîte: _____

Code Postal: _____ Ville/Commune: _____ Pays: _____

Date de naissance: _____ Lieu de naissance: _____ Nationalité: _____

Etat civil: _____ Langue: ☐ Français – ☐ Néerlandais – ☐ Allemand

Numéro de compte bancaire pour remboursement: _____

B. ADRESSE DE CORRESPONDANCE (uniquement si différent de l'adresse du domicile ou si domiciliation à l'étranger):

Rue: _____ N°: _____ Boîte: _____

Code postal: _____ Ville/commune: _____ Pays: _____

C. DONNÉES DE CONTACT

Tél.: _____ Gsm: _____ E-mail: _____

2. ACTIVITÉ INDÉPENDANTE EN BELGIQUE

Date de début ou de reprise: _____ Date de cessation*: _____

*En cas de cessation de l'activité indépendante entre le début de l'activité et la date d'affiliation

A. ACTIVITÉ EXERCÉE (brève description)

Numéro d'entreprise: _____

B. EXERCICE D'UN MANDAT OU UNE FONCTION DANS UNE ENTREPRISE?

☐ NON☐ OUI Dans ce cas, veuillez compléter

Nom de l'entreprise: _____

Numéro d'entreprise: _____ Forme juridique: _____

Fonction: ☐ administrateur/gérant ☐ associé actif ☐ collaborateur indépendant

Date de nomination: _____ Date de création: _____

Date de publication des statuts: _____

Le mandat est-il à titre gratuit? ☐ NON ☐ OUI Dans ce cas, veuillez joindre des preuves

C. LE DEMANDEUR EST-IL AIDANT D'UN INDÉPENDANT?

☐ NON☐ OUI Dans ce cas, veuillez compléter

Données relatives à l'indépendant dont vous serez l'aidant:

Nom: _____ Prénom: _____

Code Postal: _____ Ville/commune: _____ Numéro National: _____

3. AUTRE ACTIVITÉ OU REVENU DE REMPLACEMENT (afin de définir si l'activité est à titre principal, complémentaire ou autre)

Si vous répondez OUI à une de ces questions, veuillez joindre une preuve (dernière fiche de paie, preuve de paiement ou notification)

A. EXERCICE D'UNE AUTRE ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE EN BELGIQUE?

☐ NON

☐ OUI: ☐ Je suis salarié (fraction d'occupation: ____ / ____)
☐ Je suis fonctionnaire (fraction d'occupation: ____ / ____)

B. PERCEPTION D'UN REVENU DE REMPLACEMENT?

☐ NON

☐ OUI: ☐ retraite
☐ pension de survie depuis le ____ / ____ / ____
☐ pension de retraite depuis le ____ / ____ / ____
☐ prépension
☐ interruption de carrière (ou crédit-temps)
☐ maladie-invalidité
☐ chômage
☐ autre: _____

C. ACTIVITÉ PROFESSIONNELLE À L'ÉTRANGER?

☐ NON

☐ OUI Dans ce cas, veuillez compléter

Pays où l'activité est exercée: _____

Il s'agit d'une activité ☐ en tant que salarié ☐ en tant qu'indépendant ☐ autre statut

4. EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ EN TANT QUE SALARIÉ PRÉALABLE À L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE

A. EXERCICE D'UNE ACTIVITÉ EN TANT QUE SALARIÉ AVANT L'ACTIVITÉ INDÉPENDANTE ?

☐ NON

☐ OUI Dans ce cas, veuillez compléter

Date de fin de la convention de travail: ____ / ____ / ____.

B. INDEMNITÉ DE RUPTURE OU PRÉAVIS?

☐ NON

☐ OUI pour la période: du ____ / ____ / ____ jusqu'au ____ / ____ / ____

5. LE CONJOINT OU LE COHABITANT LÉGAL DU DEMANDEUR

Si le demandeur est marié ou cohabitant légal, veuillez compléter les données suivantes du partenaire:

Numéro National: ____ - ____ - ____

Nom: _____ Prénom: _____

Activité professionnelle: ☐ indépendant
☐ salarié
☐ revenu de remplacement
☐ aucune → ☐ le conjoint/cohabitant légal aidera dans l'activité indépendante

6. DEMANDE D'AFFILIATION EN TANT QU'ÉTUDIANT INDÉPENDANT OU ASSIMILATION COMPLÉMENTAIRE

☐ Demande d'affiliation en tant qu'étudiant-indépendant (veuillez joindre les preuves)

☐ Demande d'assimilation sur base de l'art. 37 (conjoint avec statut social, veuf avec pension de survie,...) (veuillez joindre les preuves)

7. CALCUL DES COTISATIONS SOCIALES PROVISOIRES

Veuillez calculer les cotisations sociales provisoires en début d'activité :

☐ au minimum légal ☐ sur base d'un revenu estimé à € _____ = total des trimestres ____ jusqu'à ____ de l'année de démarrage

☐ sur base d'un revenu estimé à € _____ pour la première année complète

☐ le demandeur remplit les conditions Primostarter et demande les cotisations réduites

8. DONNÉES DE VOTRE (EXPERT-)COMPTABLE OU CONSEILLER (si d'application)

Nom/Bureau: _____

Adresse: _____

Tél: _____ e-mail: _____

Donnez-vous procuration à votre expert-comptable ou conseiller afin de gérer vos données auprès de la Caisse Sociale avixi ?

☐ OUI ☐ NON

En cas de modification, veuillez en informer avixi.

9. DÉCLARATION

Le/La soussigné(e) ¹ (prénom et nom) _____

☐ en son nom propre ☐ en tant que mandataire

confirme que les informations ci-dessus sont exactes et donne procuration à Niki Luyten, directrice de la Caisse d'Assurances Sociales avixi, Hendrik Consciencestraat 1b à 2800 Mechelen ou à son représentant, pour l'affiliation à la Caisse d'Assurances Sociales avixi en lien avec toutes les obligations concernant le statut social des indépendants, en application de l'Arrêté Royal (AR) 38 du 27 octobre 1967.

¹ Le/la soussigné(e) confirme:

- qu'avixi a fourni suffisamment d'informations sur le calcul des cotisations sociales, l'obligation d'assujettissement, ainsi que sur les droits et obligations de l'indépendant au regard de ces cotisations.
- être au courant que toute personne physique qui exerce une activité professionnelle indépendante en Belgique doit adhérer au plus tard le jour du début de l'activité indépendante. En cas de non-respect de cette obligation, une amende administrative sera infligée.
- être au courant qu'une entreprise est solidairement responsable du paiement de l'amende administrative infligée à ses associés ou mandataires.
- être au courant que l'indépendant peut être sanctionné s'il exerce une activité indépendante pour laquelle il n'est pas inscrit à la Banque-Carrefour des Entreprises.

10. PROTECTION DES DONNÉES PERSONNELLES

Avixi attache une grande importance à la protection des données personnelles de l'affilié et souhaite fournir un maximum d'informations à ce sujet. Avixi traite les données personnelles spécifiées dans ce formulaire afin de mener à bien ses tâches et missions légales. Avixi prend toujours en compte les lois et réglementations en matière de protection des données. Avixi a détaillé sa politique à ce sujet dans sa politique de confidentialité, consultable sur <https://www.avixi.be/privacy-policy>.

Si l'affilié a des questions supplémentaires à ce sujet, il peut toujours contacter avixi, par e-mail : dpo@avixi.be ou par courrier : avixi, Hendrik Consciencestraat 1b, 2800 Mechelen.

11. CONFIRMATION & SIGNATURE

Lieu _____

Date _____

Signature

12. REMARQUES