

## Partenaire Securex

N°: \_\_\_\_\_

Nom: \_\_\_\_\_

## Document à remplir par chaque conjoint ou partenaire d'un travailleur indépendant

(article 7bis de l'arrêté royal n° 38 du 27.07.1967)

### Formulaire d'information

Veillez répondre au questionnaire ci-dessous pour savoir si vous êtes ou non "conjoint aidant".

1. Etes-vous **marié(e)** ou partenaire lié(e) par une déclaration de **cohabitation légale** (\*) avec une personne qui exerce une activité indépendante?

(\*) La déclaration de cohabitation légale est souscrite auprès de l'officier communal de l'état civil.

**NON** Vous n'avez aucune formalité à accomplir.

**OUI** Complétez la question 2.

2. Etes-vous **aidant** de votre conjoint/partenaire?

Un aidant est la personne qui assiste ou supplée son conjoint dans l'exercice de sa profession indépendante, de manière régulière et/ou au moins 90 jours par an.

**NON** Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous. Complétez la déclaration sur l'honneur au verso.

**OUI** Complétez la question 3.

3. Exercez-vous en plus **une activité professionnelle personnelle** ou bénéficiez-vous d'**un revenu de remplacement** (chômage, pension, prépension, crédit-temps, indemnité maladie-invalidité, ...)?

**OUI** Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous. Complétez la déclaration sur l'honneur au verso.

**NON** Complétez la question 4.

4. Votre conjoint/partenaire est-il **dirigeant d'entreprise**?

**OUI** Le statut social du conjoint aidant ne s'applique pas à vous. Complétez la déclaration sur l'honneur au verso.

**NON** Le statut social du conjoint aidant s'applique à vous. Complétez la déclaration d'affiliation de conjoint aidant.

## Déclaration sur l'honneur de conjoint ou cohabitant légal

### A renvoyer PAR RECOMMANDÉ à Securex Integrity

#### Coordonnées de votre conjoint/partenaire travailleur indépendant

Nom: \_\_\_\_\_

Prénoms: \_\_\_\_\_

Date de naissance:    -    -    N° d'affiliation à notre Caisse d'Assurances Sociales: \_\_\_\_\_  
                    Jour                      Mois                      Année

## Vos données d'identification

Nom: \_\_\_\_\_  
(Nom de jeune fille pour la femme mariée)

Prénoms: \_\_\_\_\_

Né(e) le: \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_  
                  Jour      Mois      Année

Lieu de naissance: \_\_\_\_\_

Pays de naissance: \_\_\_\_\_

Nationalité: \_\_\_\_\_

Sexe:  féminin  masculin

Numéro national: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_  
(Verso de la carte d'identité)

**Adresse** (Si celle-ci diffère de celle de votre conjoint/partenaire)

Rue: \_\_\_\_\_

Numéro: \_\_\_\_\_ Boîte: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

Localité: \_\_\_\_\_

Pays: \_\_\_\_\_

Téléphone: \_\_\_\_\_

Gsm: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Déclaration

Je déclare sur l'honneur ne pas assister ou remplacer mon conjoint (ou la personne avec qui je suis lié(e) par une déclaration de cohabitation légale), ou uniquement de manière occasionnelle \*, dans l'exercice de sa profession d'indépendant.  
\* Aide occasionnelle: irrégulière et moins de 90 jours par an

Mon conjoint/mon partenaire cohabitant légal est exclusivement dirigeant d'entreprise (mandataire, gérant, administrateur ou associé actif dans une société).

J'exerce une activité professionnelle qui m'ouvre des droits propres dans un régime obligatoire de pension, d'assurance maladie-invalidité et d'allocations familiales au moins équivalents à ceux du statut social des indépendants.

- salarié (au moins mi-temps)
- enseignement (au moins 60%)
- secteur public (au moins mi-temps sur 8 mois ou 200 jours)
- indépendant

Je bénéficie de revenus de remplacement qui m'ouvrent des droits propres dans un régime obligatoire de pension, d'assurance maladie-invalidité et d'allocations familiales au moins équivalents à ceux du statut social des indépendants.

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes. Je m'engage à communiquer à Securex Integrity asbl toute modification pouvant engendrer l'assujettissement comme aidant.

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Signature:

**N'oubliez pas de conserver une copie du formulaire complété.**