

Partenaire Securex

N°: _____

Nom: _____

Déclaration d'affiliation d'une société

Identité de la société

Nom: _____
(dénomination complète)

Forme juridique: _____

Date personnalité juridique _____ - _____ - _____
(dépôt acte constitutif au greffe Tribunal de commerce) Jour Mois Année

Langue: français néerlandais allemand

Numéro d'entreprise: _____ - _____ - _____

Numéro de compte financier: _____ - _____ - _____

Siège social

Rue: _____

Numéro: _____

Boîte: _____

Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Tél.: _____ et/ou _____

GSM: _____ et/ou _____

Fax: _____ et/ou _____

E-mail: _____ et/ou _____

Adresse pour la correspondance

A compléter uniquement si cette adresse diffère du siège social

Nom: _____
(si adresse d'un tiers)

Rue: _____

Numéro: _____

Boîte: _____

Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Tél.: _____ et/ou _____

GSM: _____ et/ou _____

Fax: _____ et/ou _____

E-mail: _____ et/ou _____

Activité exercée par la société

Décrivez l'activité avec précision

Déclaration – Signature

Je soussigné(e)

Nom: _____

Prénom: _____

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Numéro national: _____ - _____ - _____

Nationalité: _____

Ayant la qualité (cochez la case appropriée)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Administrateur | <input type="checkbox"/> Gérant |
| <input type="checkbox"/> Administrateur délégué | <input type="checkbox"/> Associé actif |
| <input type="checkbox"/> Autre (précisez) _____ | |

Et représentant valablement la société

- Déclare affilier la société à la Caisse d'Assurances Sociales SECUREX INTEGRITY en vue de la perception de la cotisation annuelle à charge des sociétés.
- Prends bonne note que toute modification dans la situation juridique (y compris les renseignements figurant sur la déclaration d'affiliation) doit être signalée, dans les quinze jours, à la Banque-Carrefour des Entreprises, via un guichet d'entreprises.
A défaut, cette information peut être communiquée à la Caisse d'Assurances Sociales.
- Souhaite demander une exonération de la cotisation à charge des sociétés telle que prévue en début d'activité (cochez la case - voir dernière page).

Fait à _____ le ____ / ____ / ____

Signature:

N'oubliez pas de conserver une copie complétée du formulaire et de joindre les annexes.

Les données personnelles mentionnées sont intégrées dans un traitement automatisé tenu par l'a.s.b.l. Integrity, avec l'aide de l'a.s.b.l. Centre de Calcul Securex, en vue de l'exécution de sa mission telle que définie par l'A.R. n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants (percevoir des cotisations, assurer une guidance, payer les allocations familiales, tenir à jour la carrière des travailleurs indépendants). Sauf dérogation expresse, le soussigné de la présente convention marque son accord pour être intégré dans le fichier commercial du Groupe Securex. Conformément à la loi sur la vie privée, il a accès à ces données, le droit d'en demander la rectification ainsi que la possibilité d'obtenir des renseignements complémentaires auprès du registre public.

Liste des mandataires (administrateurs, administrateurs délégués, gérants,...) et des associés actifs

Veuillez compléter les coordonnées de chaque mandataire/associé actif, si celles-ci ne se retrouvent pas sur l'acte constitutif ou d'autres pièces annexes.

Nom, prénom: _____
(du mandataire/de l'associé actif)

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Numéro national: _____ - _____ - _____
(ou date de naissance)

Lieu de naissance: _____

Nationalité: _____ Sexe: Homme Femme

Fonction (dans la société): _____

Nom, prénom: _____
(du mandataire/de l'associé actif)

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Numéro national: _____ - _____ - _____
(ou date de naissance)

Lieu de naissance: _____

Nationalité: _____ Sexe: Homme Femme

Fonction (dans la société): _____

Nom, prénom: _____
(du mandataire/de l'associé actif)

Rue: _____

Numéro: _____ Boîte: _____ Code postal: _____

Localité: _____

Pays: _____

Numéro national: _____ - _____ - _____
(ou date de naissance)

Lieu de naissance: _____

Nationalité: _____ Sexe: Homme Femme

Fonction (dans la société): _____

Remarque:

Si la société compte un nombre plus important d'associés actifs, veuillez compléter sur papier libre les coordonnées des associés non mentionnés sur cette page et joindre ce document à la déclaration d'affiliation.

Exonération de cotisation en début d'activité

Certaines sociétés peuvent être exonérées du paiement de la cotisation **pendant trois ans** à partir de l'année de création de la société (acquisition de la personnalité juridique lors du dépôt de l'acte constitutif au greffe du Tribunal de commerce).

Conditions à remplir:

1. La société est une "société de personnes" (sont donc exclues les S.A. et les S.C.A.)
2. La société est inscrite comme entreprise commerciale à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)
3. Le ou les gérants ainsi que la majorité des associés actifs (non gérants) n'ont pas été assujettis au statut social des indépendants pendant plus de trois ans au cours des dix années précédant la création de la société.