

**Partenaire Securex**

N° : \_\_\_\_\_

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

## DÉCLARATION SUR L'HONNEUR D'ÉPOUX(SE) OU DE COHABITANT LÉGAL

Renvoyez ce document PAR RECOMMANDÉ à Securex Integrity, BP 10600, 1040 BRUXELLES.

### 1.1 Les données d'identification de mon conjoint/partenaire (indépendant)

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Référence client auprès de notre Caisse d'assurances sociales : \_\_\_\_\_

### 1.2 Mes données d'identification :

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

Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Nationalité : \_\_\_\_\_ Sexe : homme femme

Numéro de registre national (voir carte d'identité) : \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . \_\_\_\_ - \_\_\_\_ . \_\_\_\_ Langue : néerlandais français  
allemand

### 1.3 Coordonnées (si elles diffèrent de celles de votre conjoint/partenaire)

Rue : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ GSM : \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_

### 1.4 Déclaration

Cochez les mentions qui s'appliquent à vous :

- Je déclare sur l'honneur ne pas aider ni remplacer mon conjoint/partenaire ou la personne avec laquelle je cohabite légalement, ou le faire uniquement de façon irrégulière et pour moins de 90 jours par an, dans l'exercice de sa profession d'indépendant.
- Mon conjoint/partenaire ou la personne avec laquelle je cohabite est uniquement dirigeant d'entreprise (= mandataire, gérant ou associé actif).

J'exerce moi-même une profession qui m'ouvre des droits à des allocations de pension, à des allocations familiales et à l'assurance maladie-invalidité équivalents à ceux du statut social des indépendants. Cela veut dire que je travaille sous l'un des statuts suivants :

travailleur salarié (au moins à mi-temps)

enseignement (au moins à 60 %)

secteur public (une fonction à titre définitif d'au moins 8 mois ou 200 jours par an et dont le nombre d'heures de travail par mois correspond au moins à un mi-temps)

travailleur indépendant

Je perçois un revenu de remplacement qui m'ouvre des droits à des allocations de pension, à des allocations familiales et à l'assurance maladie-invalidité équivalents à ceux du statut social des indépendants.

Je déclare que les données reprises dans le présent formulaire sont correctes et complètes. Je m'engage à signaler à SECUREX INTEGRITY asbl tout changement pouvant entraîner une obligation d'assurance en tant que conjoint/partenaire aidant.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

*Pensez à conserver une copie du document complété.*