

Starters et indépendants

Numéro d'entreprise :

Numéro du dossier :

À rappeler dans toute correspondance

Découvrez le point de contact
le plus proche de chez vous via ucm.be

Affiliation et transfert de votre société

Numéro d'entreprise :

Dénomination :

Forme juridique : SA SPRL SPRLU SC Autre forme :

Date de constitution de la société

Date de parution de l'acte constitutif aux annexes du Moniteur belge

Votre entreprise est-elle assujettie à la TVA ? Oui Non

2. Adresse de la société

Siège social : Rue N° Bte

Code postal Localité Pays

Si différent

Siège Rue N° Bte

d'exploitation : Code postal Localité Pays

Envoi de la correspondance : Siège social Siège d'exploitation

Tél : / E-mail :

IBAN

Pour un compte belge compléter les cases grisées

BIC

3. Branche / secteur d'activité (merci de joindre une copie des statuts)

Procuration

- Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire pour **accéder de manière électronique** aux informations du dossier de ma société ouvert auprès de la Caisse d'assurances sociales UCM. Cette procuration est indispensable en application de la Loi sur la protection de la vie privée. Afin de conserver la confidentialité de mes informations, je m'engage à informer UCM en cas de changement de comptable ou de fiduciaire.

Nom de mon comptable/fiscaliste * : Prénom * :

Fiduciaire :

Code postal / Localité :

Numéro de partenaire : Téléphone* :

* informations obligatoires



Starters et indépendants

Je déclare par la présente disposer du pouvoir d'affilier la société susmentionnée à la Caisse d'assurances sociales UCM en application de la loi du 30 décembre 1992 et de l'arrêté royal du 15 mars 1993.

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

Né(e) le : ____ / ____ / _____

Déclare affilier la société à la Caisse d'assurances sociales UCM.

Je reconnais avoir été informé(e) de l'article 98 de la loi du 30 décembre 1992 qui stipule que les associés actifs et les mandataires (administrateurs ou gérants) de la société sont tenus solidairement avec elle au paiement de la cotisation annuelle, des majorations et des frais dont elle est redevable.

Fait à _____, le/...../..... Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

Déclaration de démission

Je déclare que ma société est affiliée à la Caisse d'assurances sociales suivante _____ sous le numéro _____ démissionne de ladite Caisse d'assurances sociales pour affilier ma société à la Caisse d'assurances sociales UCM

Je déclare être affilié(e) à titre personnel à la Caisse d'assurances sociales suivante _____ sous le numéro _____ et démissionner de ladite Caisse d'assurances sociales pour m'affilier à la Caisse d'assurances sociales UCM.
Je complète donc la déclaration d'affiliation en annexe.

Fait à _____, le/...../.....

Signature de la déclaration de démission précédée des mots « lu et approuvé »

Fait à _____, le/...../..... Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

La présente déclaration signée n'est valable que si toutes les rubriques de ce formulaire sont correctement complétées.

Cachet de la société :	LISTE DES ASSOCIES ET MANDATAIRES AFFILIES à la Caisse d'assurances sociales U.C.M. (compléter ci-dessous ou joindre une liste complète des associés)		
	Nom	Prénom	N° d'affiliation

Réservé au Service	
Code NACE :	Bureau :
Rédacteur :	Prescripteur :

Starters et indépendants

Découvrez le point de contact
le plus proche de chez vous via ucm.be

Déclaration d'affiliation

1. L'affilié(e)

NISS (n° de registre national)

Nom : _____ Prénom : _____

Nous disposerons de votre adresse légale. Mentionnez l'adresse pour la correspondance uniquement si elle diffère de votre adresse légale.

Rue _____ N° _____ Bte _____

Code postal _____ Localité _____ Pays _____

Tél : ____ / ____ / ____ GSM : ____ / ____ / ____ Fax : ____ / ____ / ____ E-mail : _____@_____

IBAN

Pour un compte belge compléter les cases grisées

BIC Nom du titulaire : _____

2. Activité indépendante en Belgique

Activité(s) exercée(s) (décrivez succinctement)

- _____
- _____

Date de début / reprise ____ / ____ / ____ Date de cessation (1) ____ / ____ / ____

(1) Si vous avez cessé votre activité indépendante entre la date de début ou de reprise de votre activité et la date d'affiliation.

Numéro d'entreprise

A compléter si vous exercez un mandat dans une société et/ou en qualité d'associé(e) actif(ve).

Nom de la société et forme juridique _____ Objet social _____

Numéro d'entreprise de la société Fonction dans la société : _____

A compléter si vous êtes aidant(e) d'un indépendant.

Nom _____ Prénom _____ Lien de parenté _____

Code postal _____ Localité _____

NISS de la personne aidée : Activité exercée par la personne aidée : _____

3. Autres activités ou allocations

Exercez-vous, en plus de votre activité indépendante, une autre activité en Belgique ? Oui Non

- Si oui En qualité de salarié (répartition de l'occupation par rapport à un temps plein ____ / ____).
- En qualité de fonctionnaire (répartition de l'occupation par rapport à un temps plein ____ / ____).

Bénéficiez-vous d'un revenu de remplacement ? Non Oui depuis le ____ / ____ / ____

- Si oui Pension de survie Interruption de carrière ou crédit temps Indemnités de maladie-invalidité
- Pension de retraite Allocations de chômage Autres _____
- Pré pension

Si vous avez répondu oui, joindre une preuve en fonction du statut déclaré (notification d'octroi de pension, formulaire C62, autorisation de l'ONEM, ...) et mentionner le nom de l'organisme de paiement : _____

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ? Oui Non

Si oui, le pays où l'activité est exercée _____ Activité : Salariée Indépendante Autre statut

Joindre une attestation reprenant le nom et l'adresse de l'organisme de sécurité sociale dont vous dépendez ainsi que votre n° d'inscription.

Starters et indépendants

4. Exercice d'une activité salariée avant l'activité indépendante

Exerciez-vous une activité salariée avant le début de votre activité indépendante ? Oui Non

Si oui, nom de votre dernier employeur _____

Code postal _____ Localité _____

Activité exercée _____ Date de la fin de votre contrat de travail ___/___/___

Percevez-vous une indemnité de rupture ou bénéficiez-vous d'un délai de préavis ? Oui Non

Si oui, pour la période du ___/___/___ au ___/___/___

Avez-vous l'intention d'exercer des activités pour le compte de votre précédent employeur ? Oui Non

Étiez-vous au chômage avant le début de votre activité indépendante ? Oui Non

5. Le conjoint ou le cohabitant légal de l'affilié(e)

Si vous êtes marié(e) ou que vous êtes lié(e) par un régime de cohabitation légale, veuillez compléter les données suivantes concernant votre partenaire

Nom : _____ Prénom : _____

NISS (n° de registre national) :

Vous aide-t-il dans votre activité ? OUI NON Si oui, a-t-il une couverture sociale (contrat de travail, indemnités de chômage ...) ? OUI NON

Si vous êtes marié(e) ou que vous êtes lié(e) par un régime de cohabitation légale, votre partenaire est tenu de remplir et de signer la déclaration jointe en pages 3 et 4.

6. Déclaration de l'affilié(e)

Je déclare m'affilier à la Caisse d'assurances sociales UCM et confirme avoir reçu les informations :

- sur les cotisations sociales provisoires et leur régularisation conformément à l'article 41 bis de l'arrêté royal du 19 décembre 1967
- sur l'existence des frais de gestion, le calcul des frais de gestion et des services auxquels cette affiliation donne droit conformément à l'article 20 § 4 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967

Je souhaite que mes cotisations sociales provisoires de début d'activité soient calculées sur :

- le minimum légal
- un revenu **annuel** présumé de : _____ € (revenu annuel brut moins les charges professionnelles).

Procuration

- Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire pour **accéder de manière électronique** aux informations de mon dossier ouvert auprès de la Caisse d'assurances sociales UCM.
Cette procuration est indispensable en application de la Loi sur la protection de la vie privée. Afin de conserver la confidentialité de mes informations, je m'engage à informer UCM en cas de changement de comptable ou de fiduciaire.

Nom de mon comptable/fiscaliste * : _____ Prénom * : _____

Fiduciaire : _____

Code postal / Localité : _____ Numéro de partenaire : _____

Téléphone* : _____

* informations obligatoires

Améliorez votre couverture sociale

Les indépendants bénéficient d'une couverture sociale minimale. Afin de l'améliorer, UCM GSE propose, en partenariat avec des courtiers, une offre de produits assurantiels notamment en matière de pension libre complémentaire.

- Je suis intéressé (e) et j'accepte que mes données de contact soient communiquées à UCM GSE, nos courtiers et compagnies d'assurances partenaires.

Toute déclaration incorrecte ou erronée est punissable par la loi. Le demandeur à l'affiliation déclare que les données de ce formulaire sont correctes et complètes et s'engage à signaler à la Caisse d'assurances sociales UCM, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation

Le signataire reconnaît avoir été informé par l'annexe à la déclaration d'affiliation :

- des fondements, durée et finalités de traitement des données communiquées par ses soins via la demande d'affiliation, ou ultérieurement, ou obtenues de la Banque carrefour de la sécurité sociale conformément aux textes régissant le fonctionnement de cette dernière
- de la sauvegarde de ces données dans des fichiers informatisés pour les besoins du statut social des travailleurs indépendants en Belgique régi par les arrêtés royaux n° 38 du 27 juillet 1967 et du 19 décembre 1967
- de ses droits relativement aux données à caractère personnel.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

N'oubliez pas de conserver une copie complétée du présent formulaire

Starters et indépendants

4. Déclaration du signataire

Je déclare que le statut social du conjoint aidant:

- ne s'applique pas à ma situation.
 m'est applicable et je m'affilie à la Caisse d'assurances sociales UCM

Date de début / reprise ____ / ____ / ____

Date de cessation d'activité éventuelle ____ / ____ / ____

Je confirme avoir reçu les informations :

- Sur les cotisations sociales provisoires et leur régularisation conformément à l'article 41 bis de l'arrêté royal du 19 décembre 1967
- Sur l'existence des frais de gestion, le calcul des frais de gestion et des services auxquels cette affiliation donne droit conformément à l'article 20 § 4 de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967.

Procuration

- Je donne procuration à mon comptable, fiscaliste ou leur fiduciaire pour **accéder de manière électronique** aux informations de mon dossier ouvert auprès de la Caisse d'assurances sociales UCM.

Cette procuration est indispensable en application de la Loi sur la protection de la vie privée. Afin de conserver la confidentialité de mes informations, je m'engage à informer UCM en cas de changement de comptable ou de fiduciaire.

Nom de mon comptable/fiscaliste * : _____ Prénom * : _____

Fiduciaire : _____

Code postal / Localité : _____ Numéro de partenaire : _____

Téléphone* : _____

* informations obligatoires

Améliorez votre couverture sociale

Les indépendants bénéficient d'une couverture sociale minimale. Afin de l'améliorer, UCM GSE propose, en partenariat avec des courtiers, une offre de produits assurantiels notamment en matière de pension libre complémentaire.

- Je suis intéressé (e) et j'accepte que mes données de contact soient communiquées à UCM GSE, nos courtiers et compagnies d'assurances partenaires.

Toute déclaration incorrecte ou erronée est punissable par la loi. Le demandeur à l'affiliation déclare que les données de ce formulaire sont correctes et complètes et s'engage à signaler à la Caisse d'assurances sociales UCM, dans les quinze jours, toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation

Le signataire reconnaît avoir été informé par l'annexe à la déclaration d'affiliation :

- des fondements, durée et finalités de traitement des données communiquées par ses soins via la demande d'affiliation, ou ultérieurement, ou obtenues de la Banque carrefour de la sécurité sociale conformément aux textes régissant le fonctionnement de cette dernière
- de la sauvegarde de ces données dans des fichiers informatisés pour les besoins du statut social des travailleurs indépendants en Belgique régi par les arrêtés royaux n° 38 du 27 juillet 1967 et du 19 décembre 1967
- de ses droits relativement aux données à caractère personnel.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature :

SIGNATURE OBLIGATOIRE

N'oubliez pas de conserver une copie complétée du présent formulaire

Note réservée au service UCM