liantis

Demande d'assimilation d'une période de maladie

avec une période de réelle activité professionnelle

Je soussigné(e) affilié(e) à Liantis caisse d'assurances sociales pour Indépendants déclare,

prénom _____ nom _____

numéro d'affiliation _____ numéro d'entreprise _____

adresse _____

code postal _____ commune _____

date de naissance _____

tél. _____

e-mail _____

état civil

- ◯ célibataire
- ◯ marié(e)
- ◯ divorcé(e)
- ◯ séparé(e) de fait
- ◯ séparé(e) de corps et de biens
- ◯ veuf/veuve

Que j'ai jusqu'à la cessation pour cause de maladie exercé la profession indépendante de _____.

Je déclare sur l'honneur que je n'exerce plus aucune activité professionnelle à partir du ____/____/____ (date) (jusqu'au ____/____/____ (date)) et qu'aucune autre personne n'a exercé une activité professionnelle en mon nom ou pour mon compte durant la période précitée. Je demande par conséquent la dispense de cotisations sociales.

Je m'engage par la présente à signaler immédiatement à Liantis caisse d'assurances sociales toute modification de cette situation.

Nous traitons vos données conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD).
Vous trouverez plus d'informations à ce sujet sur notre site internet, via www.liantis.be/fr/privacy.

Fait à _____ le _____

Signature