



Barreau / Arr. :	CONTRAT D'ADHESION N°	En vigueur à la date du 1er paiement.
------------------	-----------------------	---------------------------------------

**MEMBRE**

Nom: ..... Prénom: .....  
E-mail: ..... Téléphone: .....  
Lieu de naissance: ..... N° REGISTRE NATIONAL .....  
Adresse  Professionnelle  Privée (obligatoire)  
Rue: ..... Numéro: .....  
Code postal: ..... Localité: .....  
Profession  Avocat  Huissier de Justice  Autre profession: .....  
Etat civil: ..... CONTRAT:  Avec couverture décès  Sans couverture décès

**BÉNÉFICIAIRE(S) (dans le cadre d'un contrat avec couverture décès)**

Le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reço(i)vent, à votre décès avant l'âge de la pension légale, les avantages constitués au moment du décès. Si vous souhaitez ajouter un ordre à votre liste de bénéficiaires, indiquez-le par un chiffre. Vous êtes tenu(e) de signaler tout changement dans votre situation familiale ainsi qu'un changement d'adresse.

Nom: ..... Prénom: ..... N° registre national (obligatoire) <input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: ..... Rue/numéro: ..... Code postal: ..... Localité: ..... Pays: ..... E-mail: ..... Ordre souhaité: .....	Nom: ..... Prénom: ..... N° registre national (obligatoire) <input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: ..... Rue/numéro: ..... Code postal: ..... Localité: ..... Pays: ..... E-mail: ..... Ordre souhaité: .....	Nom: ..... Prénom: ..... N° registre national (obligatoire) <input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant <input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: ..... Rue/numéro: ..... Code postal: ..... Localité: ..... Pays: ..... E-mail: ..... Ordre souhaité: .....
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**COTISATION entre 1% et 8,17% des revenus professionnels nets imposables indexés de 2021**

MONTANT: ..... /an (minimum 250,00 €, maximum 3.965,77 €)  
PAYABLE Pour 2024 :  Par mois  Par trimestre  Par an, au mois de .....

Convention de pension : par la signature de cette convention par les deux partis le signataire obtient la qualité d'Affilié d'après la définition du Règlement de pension, et aussi la qualité de membre ordinaire de la Caisse de prévoyance des avocats, des huissiers de justice et autres indépendants OFP. Il est en même temps inconditionnellement lié et soumis au Règlement de pension et aux Statuts tels qu'approuvés ou tels qu'ils seront approuvés par les organes compétents en concordance avec le Règlement de pension et les Statuts de la Caisse de prévoyance des avocats, des huissiers de justice et autres indépendants OFP.

Fait à ..... le ...../...../.....

Membre adhérent

Le Directeur Général

Le Président du Comité de Direction

C. VERBEEK

Y. KEVERS

Barreau / Arr. :	CONTRAT D'ADHESION N°	En vigueur à la date du 1er paiement.
------------------	-----------------------	---------------------------------------

**MEMBRE**

Nom: ..... Prénom: .....

E-mail: ..... Téléphone: .....

Lieu de naissance: ..... N° REGISTRE NATIONAL (obligatoire)

Adresse  Professionnelle  Privée

Rue: ..... Numéro: .....

Code postal: ..... Localité: .....

Profession  Avocat  Huissier de Justice  Autre profession: .....

Etat civil: ..... CONTRAT:  Avec couverture décès  Sans couverture décès

**BÉNÉFICIAIRE(S) (dans le cadre d'un contrat avec couverture décès)**

Le(s) bénéficiaire(s) désigné(s) reço(i)t(vent), à votre décès avant l'âge de la pension légale, les avantages constitués au moment du décès. Si vous souhaitez ajouter un ordre à votre liste de bénéficiaires, indiquez-le par un chiffre. **Vous êtes tenu(e) de signaler tout changement dans votre situation familiale ainsi qu'un changement d'adresse.**

Nom: .....	Nom: .....	Nom: .....
Prénom: .....	Prénom: .....	Prénom: .....
N° registre national (obligatoire) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N° registre national (obligatoire) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	N° registre national (obligatoire) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant	<input type="checkbox"/> Enfant	<input type="checkbox"/> Conjoint / cohabitant
<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: .....	<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: .....	<input type="checkbox"/> Autre bénéficiaire: .....
Rue/numéro: .....	Rue/numéro: .....	Rue/numéro: .....
Code postal: .....	Code postal: .....	Code postal: .....
Localité: .....	Localité: .....	Localité: .....
Pays: .....	Pays: .....	Pays: .....
E-mail: .....	E-mail: .....	E-mail: .....
Ordre souhaité: .....	Ordre souhaité: .....	Ordre souhaité: .....

**COTISATION entre 1% et 8,17% des revenus professionnels nets imposables indexés de 2021**

MONTANT: ..... /an (minimum 250,00 €, maximum 3.965,77 €)

PAYABLE Pour 2024 :  Par mois  Par trimestre  Par an, au mois de .....

Convention de pension : par la signature de cette convention par les deux partis le signataire obtient la qualité d'Affilié d'après la définition du Règlement de pension, et aussi la qualité de membre ordinaire de la Caisse de prévoyance des avocats, des huissiers de justice et autres indépendants OFF. Il est en même temps inconditionnellement lié et soumis au Règlement de pension et aux Statuts tels qu'approuvés ou tels qu'ils seront approuvés par les organes compétents en concordance avec le Règlement de pension et les Statuts de la Caisse de prévoyance des avocats, des huissiers de justice et autres indépendants OFF.

Fait à ..... le ..... / ..... / .....

Membre adhérent
Le Directeur Général
Le Président du Comité de Direction

C. VERBEEK
Y. KEVERS