

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Art. 3. Notre Ministre des Classes moyennes et Notre Secrétaire d'Etat aux Classes moyennes sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 25 janvier 1991.

**BAUDOUIN**

Par le Roi :

Le Ministre des Classes moyennes,  
M. WATHELET

Le Ministre des Affaires sociales,  
P. BUSQUIN

Le Secrétaire d'Etat aux Classes moyennes,  
P. MAINIL

Le Secrétaire d'Etat aux Petites et  
Moyennes Entreprises,  
J. DUPRE

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 3. Onze Minister van Middenstand en Onze Staatssecretaris voor Middenstand zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 25 januari 1991.

**BOUDEWIJN**

Van Koningswege :

De Minister van Middenstand,  
M. WATHELET

De Minister van Sociale Zaken,  
P. BUSQUIN

De Staatssecretaris voor Middenstand,  
P. MAINIL

De Staatssecretaris voor de Kleine en  
Middelgrote Ondernemingen,  
J. DUPRE

F. 91 — 946

26 MARS 1991. — Arrêté ministériel établissant le modèle de la déclaration d'affiliation et de l'attestation d'affiliation en exécution de l'article 6 de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants.

Le Ministre des Classes moyennes,  
Le Secrétaire d'Etat aux Classes moyennes,

Vu l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, notamment l'article 10, modifié par les lois des 6 février 1976 et 14 décembre 1989;

Vu l'arrêté royal du 19 décembre 1967 portant règlement général en exécution de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, notamment l'article 6, modifié par l'arrêté royal du 25 janvier 1991;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, modifié par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant qu'un fonctionnement efficace des institutions chargées de l'application du statut social des travailleurs indépendants nécessite la publication du présent arrêté dans les délais les plus brefs;

Vu l'avis de la Commission COMFORM,

Arrêtent :

Article 1er. La déclaration d'affiliation, visée à l'article 6, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 19 décembre 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants, modifié par l'arrêté royal du 25 janvier 1991, est établie conformément au modèle joint en annexe 1 au présent arrêté.

Art. 2. L'attestation d'affiliation, visée à l'article 6, alinéa 3 du même arrêté, est établie conformément au modèle joint en annexe 2 au présent arrêté.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

Bruxelles, 26 mars 1991.

Le Ministre des Classes moyennes,  
M. WATHELET

Le Secrétaire d'Etat aux Classes moyennes,  
P. MAINIL

N. 91 — 946

26 MAART 1991. — Ministerieel besluit houdende vaststelling van het model van de verklaring van aansluiting en van het attest van aansluiting, ter uitvoering van artikel 6 van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen.

De Minister van Middenstand,  
De Staatssecretaris voor Middenstand,

Gelet op het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, inzonderheid op artikel 10, gewijzigd bij de wetten van 6 februari 1976 en 14 december 1989;

Gelet op het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, inzonderheid op artikel 6, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 januari 1991;

Gelet op de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat omwille van een doeltreffende werking van de met de toepassing van het sociaal statuut der zelfstandigen belaste instellingen de publicatie van dit besluit binnen de kortst mogelijke tijd noodzakelijk is;

Gelet op het advies van de Commissie COMFORM,

Besluiten :

Artikel 1. De verklaring van aansluiting, bedoeld in artikel 6, eerste lid, van het koninklijk besluit van 19 december 1967 houdende algemeen reglement in uitvoering van het koninklijk besluit nr. 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 25 januari 1991, wordt opgemaakt overeenkomstig het als bijlage 1 bij dit besluit gevoegde model.

Art. 2. Het attest van aansluiting, bedoeld in artikel 6, derde lid, van hetzelfde besluit, wordt opgemaakt overeenkomstig het als bijlage 2 bij dit besluit gevoegde model.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Brussel, 26 maart 1991.

De Minister van Middenstand,  
M. WATHELET

De Staatssecretaris voor Middenstand,  
P. MAINIL

## ANNEXE 1

LOGO et DONNEES	C.A.S.
-----------------	--------

DECLARATION D'AFFILIATION (\*)

<b>CASE I</b>	A remplir par tous les affiliés
---------------	---------------------------------

L'**AFFILIE** N° du Registre national .....

**NOM** ..... **PRENOMS** ..... Sexe : Féminin .... Masculin ....

Date de naissance Jour Mois Année Commune (1) (Pays) ..... Nationalité .....

**RESIDENCE PRINCIPALE** Rue ..... n° ..... Bte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays ..... Tél. ....

Langue : ..... Français ..... Néerlandais ..... Allemand

Etat civil : ..... célibataire  
 ..... marié(e)  
 ..... divorcé(e)  
 ..... séparé(e) de fait ..... Jour Mois Année  
 ..... séparé(e) de corps depuis le .....

..... veuve/veuf

**ADRESSE POUR LA CORRESPONDANCE (2)** Rue ..... n° ..... Bte.....

Code postal ..... Commune .....

**COMPTE POSTAL ou BANCAIRE** .....

**L'EPOUX ou L'EPOUSE**

**NOM** ..... **PRENOMS** .....

Date de naissance Jour Mois Année à .....

Adresse : .....

Profession ... travailleur salarié : .....  
 ... pensionné(e)  
 ... secteur public  
 ... travailleur indépendant ; Nom de la caisse d'assurances sociales .....  
 ... époux aidant; épouse aidante; (3)  
 ... chômeur  
 ... sans

(\*) Veuillez, lorsque vous remplirez cette déclaration, suivre scrupuleusement les indications de la note explicative.

<b>CASE II</b>	A remplir par le travailleur indépendant
----------------	--

Activité exercée : .....

Date de début ou de reprise ..... Cessation .....

Inscription au registre de commerce ou de l'artisanat n° ..... Date .....

Agréation par l'I.N.A.M.I. (4) n° ..... Date .....

Numéro de T.V.A. ....

Attestation d'établissement (5) n° ..... Date .....

Carte d'ambulant (6) n° ..... Date .....

Inscription au barreau ou à l'Institut (7) n° ..... Date .....

Avez-vous une assurance contre les risques professionnels ? (8) .... Oui .... Non

**A remplir par les mandataires, gérants et associés actifs**

Nom de la société .....

Forme juridique ..... Date de publication des statuts .....

Siège social .....

Fonction et/ou activité .....

<b>CASE III</b>	A remplir par l'aidant(e)
-----------------	---------------------------

NOM de l'indépendant .....

ADRESSE (rue) ..... n° ..... Bte .....

Code postal ..... Commune .....

Affilié à la C.A.S. ....

Activité exercée par l'indépendant .....

Activité exercée en tant qu'aidant(e) (description succincte) .....

.....

.....

Eventuellement degré de parenté .....

<b>CASE IV</b>	A remplir par les pensionnés et par les personnes qui exercent également une autre activité professionnelle ou qui bénéficient d'une prestation sociale
----------------	---

ACTIVITE COMPLEMENTAIRE

Nature de l'autre activité professionnelle .....

Horaire de travail (par jour - semaine - mois) (9) .....

Commission paritaire dont relève cette activité (10) .....

PENSIONNES

Bénéficiez-vous effectivement d'une pension ? ..... Oui ..... Non

Si oui, quel est l'organisme payeur ? (11) .....

Exercez-vous votre activité indépendante dans les limites du travail autorisé ?

..... Oui ..... Non

Votre époux (épouse), bénéficie-t-il (elle) effectivement d'une pension :

- au taux ménage ? ..... Oui ..... Non

- au taux isolé ? ..... Oui ..... Non

BENEFICIAIRES D'UNE PRESTATION SOCIALE

Nature de la prestation .....

Organisme payeur .....

Montant de la prestation ..... F (par mois - année)

**CASE V** A remplir par les personnes exerçant une activité professionnelle à l'étranger

Pays : .....

Nature de la profession exercée (12) .....

Assuré - en tant qu'indépendant (non salarié)

- en tant que travailleur salarié

- dans un régime général

Affilié à (13) .....

sous les références .....

.....  
sous les références .....

.....  
sous les références .....

**CASE VI** A remplir par les personnes en interruption de carrière

Je bénéficie d'une interruption de carrière (14) dans

- le régime des travailleurs salariés depuis .....

Jour Mois Année

- le secteur public depuis .....

Bénéficiez-vous dans le régime de pension des travailleurs salariés d'une

assimilation : - sans paiement de cotisations ? ..... Oui ..... Non

- moyennant paiement de cotisations ? ..... Oui <sup>(15)</sup> ..... Non

**CASE VII** A remplir par les personnes qui passent du régime des travailleurs salariés au régime des travailleurs indépendants

Nom et adresse du dernier employeur

.....  
 .....

Date de la fin du contrat de travail .....

Bénéficiez-vous d'une indemnité de licenciement ? ..... Oui ..... Non

Description succincte de l'activité exercée en tant que travailleur salarié

.....  
 .....

Description succincte de l'activité exercée en tant qu'indépendant (aidant)

.....  
 .....

Allez-vous travailler en sous-traitance, directement ou par personne interposée, pour votre employeur précédent ?

..... Oui. .... Non

**CASE VIII Renseignements relatifs aux allocations familiales**

Demandez-vous à bénéficier d'allocations familiales dans le régime des travailleurs indépendants ?  
 ..... Oui ..... Non

Cotisation spéciale à charge des isolés et des familles sans enfant.

1. Des allocations familiales sont-elles octroyées du fait de :

- votre activité professionnelle - votre qualité de chômeur, de malade, de moins-valide, etc. ?

OUI  NON

- l'activité professionnelle de votre époux (épouse) - sa qualité de chômeur, de malade, de moins-valide, etc. ?

OUI  NON

2. Des allocations familiales pour orphelins sont-elles payées :

- à vous-même ?

OUI  NON

- à votre époux (épouse) ?

OUI  NON

Si vous répondez OUI au point 1 ou 2 précité, quel est l'organisme payeur ? (dénomination et adresse)

.....  
 .....

3. **Ne remplir que lorsque :**  
 - il a été répondu "NON" aux questions 1 et 2 ET  
 - que vous exercez également une autre activité professionnelle que celle d'indépendant ou  
 - que votre époux (épouse) exerce une activité professionnelle.

La cotisation spéciale prévue par l'arrêté royal n° 227 pour les travailleurs salariés et appointés du secteur public et privé, est-elle effectivement retenue ?

OUI  NON

Votre époux (épouse) paie-t-il(elle) la cotisation spéciale prévue par l'arrêté royal n° 290 (indépendant) ?

OUI  NON

Je demande également le remboursement des allocations familiales retenues, dès que cela sera possible.

Renseignements complémentaires éventuels

Je déclare m'affilier à la Caisse d'assurances sociales .....  
conformément à l'arrêté royal n° 38 du 27.7.1967 et à l'arrêté royal du 19.12.1967 et avoir reçu  
les informations visées à l'article 41 bis de ce dernier arrêté royal.

Je souhaite que mes cotisations provisoires de début d'activité soient calculées sur  
..... le minimum légal  
..... un revenu présumé de ..... F.

Je m'engage à signaler à ma caisse d'assurances dans les quinze jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire d'affiliation.

FAIT A

LE

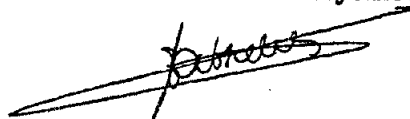
SIGNATURE

NOTE EXPLICATIVE

1. Nom de la commune tel qu'il était à la naissance.
2. A remplir uniquement si cette adresse diffère de celle de la résidence principale.
3. Votre attention est attirée sur le fait que l'époux aidant (épouse aidante) peut s'affilier volontairement à l'assurance contre l'incapacité de travail (et maternité). (Pour de plus amples renseignements, consulter votre caisse d'assurances sociales)
4. A remplir par les praticiens de professions médicales ou paramédicales.
5. A remplir par les personnes exerçant une profession réglementée.
6. A remplir par les commerçants ambulants.
7. A remplir par les titulaires de professions libérales (avocats - médecins - architectes - réviseurs d'entreprises, etc.)
8. Vous répondez OUI si vous êtes assuré pour les dommages occasionnés par l'exercice de votre activité indépendante et/ou si vous avez contracté une assurance individuelle contre les accidents de travail.
9. Joindre une attestation de l'employeur ou une autre pièce probante.
10. Ne remplir qu'en cas de travail à temps partiel comme ouvrier ou employé.
11. Joindre la dernière souche de pension.
12. A décrire le plus précisément possible.
13. Eventuellement renseigner l'organisme compétent par secteur d'assurance (pension - maladie - invalidité - allocations familiales, etc.)
14. Joindre une pièce probante.
15. Renseigner le numéro de dossier auprès de l'Office national des pensions.

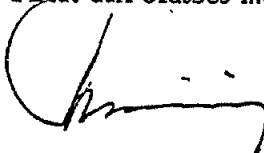
Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 26 mars 1991.

Le Ministre des Classes moyennes,



M. WATHELET

Le Secrétaire d'Etat- aux Classes moyennes,



P. MAINIL.

## ANNEXE 2

RÉSERVE	LOGO ET DONNEES	C.A.S.

ATTESTATION D'AFFILIATION (1)

Le soussigné .....  
 préposé de la Caisse d'assurances sociales .....  
 déclare que :

NOM ..... N° du Registre national .....  
 ADRESSE: Rue ..... N° ..... Bte .....  
 Code postal ..... Commune ..... Pays .....  
 a signé une déclaration d'affiliation à notre organisme le ....., qui a été enregistrée  
 le ..... par l'Institut national d'assurances sociales pour travailleurs indépendants  
 avec effet à la date du .....

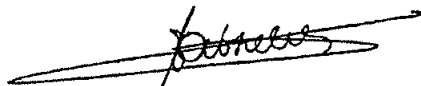
Cette attestation vaut preuve de l'affiliation. L'affiliation peut être annulée par une décision administrative ou juridictionnelle.

Date .....

Signature  
 .....

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 26 mars 1991.

Le Ministre des Classes moyennes,



M. WATHELET

Le Secrétaire d'Etat aux Classes moyennes,



P. MAINIL.

(1) Délivrée conformément à l'article 6 de l'A.R. du 19 décembre 1967.



## BIJLAGE 1

LOGO en GEGEVENS	S.V.F.
------------------	--------

VERKLARING VAN AANSLUITING (\*)

<b>VAK I</b>	In te vullen door alle aangeslotenen
--------------	--------------------------------------

**DE AANGESLOTENE**      N.R. Rijksregister .....

NAAM .....      VOORNAMEN .....      Geslacht : Man .... Vrouw ....  
                     Dag Mnd Jaar

Geboortedatum .....      Gemeente (1) (Land) .....      Nationaliteit .....

HOOFDVERBLIJFPLAATS      Straat .....      nr .....      PB. ....

Postcode .....      Gemeente .....      Land .....      Tel. ....

Taal :      .... Nederlands      .... Frans      .... Duits

Burgerlijke staat :      .... ongehuwd  
                                       .... gehuwd  
                                       .... echtgescheiden      Dag      Mnd      Jaar  
                                       .... feit. gescheiden      sedert .....  
                                       .... gescheiden van tafel en bed  
                                       .... weduwe / weduwnaar

ADRES CORRESPONDENTIE (2)      Straat .....      nr .....      PB. ....

Postcode .....      Gemeente .....

POST of BANKREKENING .....

**DE ECHTGENO(O)T(E)**

NAAM .....      VOORNAMEN .....  
                     Dag Mnd Jaar

Geboortedatum .....      te .....

Adres : .....

Beroep .. werknemer : .....  
                   ... met pensioen  
                   ... openbare sector  
                   ... zelfstandige : Naam sociaal verzekeringsfonds .....  
                   ... echtgenoot-helpe; echtgenote-helpster ; (3)  
                   ... werkloos  
                   ... zonder

---

(\*) Gelieve bij het invullen de aanwijzingen van de verklarende nota zorgvuldig op te volgen.

<b>VAK II</b> In te vullen door de zelfstandige
---

Uitgeoefende activiteit : .....  
 Datum begin of herneming      Dag Mnd Jaar      Stopzetting      Dag Mnd Jaar .....  
 Inschrijving handels- ambachtsregister nr ..... Datum .....  
 Erkenning R.I.Z.I.V. (4) nr ..... Datum .....  
 B.T.W.-nummer .....  
 Vestigingsattest (5) nr ..... Datum .....  
 Leurkaart (6)      nr ..... Datum .....  
 Inschrijving bij orde of instituut (7) nr. .... Datum .....  
 Heeft U een verzekering tegen beroepsrisico's ? (8) ..... Ja ..... Neen

**In te vullen door mandatarissen, zaakvoerders, werkend vennoten**

Naam van de Vennootschap .....  
 Juridische vorm ..... Datum publicatie statuten .....  
 Maatschappelijke zetel .....  
 Functie en/of bedrijvigheid .....

<b>VAK III</b> In te vullen door de Helper (Helpster)
---

NAAM van de zelfstandige .....  
 ADRES (straat) ..... nr ..... bus .....  
 Postcode ..... Gemeente .....  
 Aangesloten bij S.V.F. ....  
 Door de zelfstandige uitgeoefende activiteit .....  
 Uitgeoefende activiteit als helper (helpster) (korte beschrijving) .....  
 .....  
 .....  
 Eventueel graad van verwantschap .....

<b>VAK IV</b> In te vullen door gepensioneerden en personen die nog een andere beroepsbezigheid uitoefenen of een sociale uitkering genieten
--

**NEVENBEROEP**

Aard van de andere beroepsbezigheid .....  
 Werktijden (per dag - week - maand) (9) .....  
 Paritair comité waaronder die activiteit valt (10) .....

GEPENSIONEERDEN

Geniet U daadwerkelijk een pensioen ? ... Ja ... Neen

Zo ja, uitbetalend organisme (11) .....

Oefent U uw zelfstandige activiteit uit binnen de grenzen van de toegelaten arbeid ?

... Ja ... Neen

Geniet uw echtgeno(o)t(e) daadwerkelijk een pensioen :

- gezinsbedrag ? ..... Ja ..... Neen

- bedrag alleenstaande ? ..... Ja ..... Neen

GERECHTIGDEN OP EEN SOCIALE UITKERING

Aard van de uitkering .....

Uitbetalend organisme .....

Bedrag van de uitkering ..... F (per maand - jaar)

**VAK V** In te vullen door personen met een beroepsactiviteit in het buitenland

Land : .....

Aard van het uitgeoefend beroep (12) .....

Verzekerd - als zelfstandige (niet loontrekkende)

- als loontrekkende

- in een algemeen stelsel

Aangesloten bij (13) .....

onder kenmerk .....

.....

onder kenmerk .....

.....

onder kenmerk .....

**VAK VI** In te vullen door personen met loopbaanonderbreking

Ik geniet van een loopbaanonderbreking (14) in de

- regeling der werknemers sedert .....

dag Mnd Jaar

- in de openbare sector sedert .....

Geniet U in de pensioenregeling der werknemers van een

gelijkstelling - zonder bijdragebetaling ? ..... Ja ..... Neen- mits bijdragebetaling ? ..... Ja <sup>(15)</sup> ..... Neen

**V A K VII** In te vullen door personen die overgaan van de regeling werknemers naar de regeling zelfstandigen

Naam en adres van de laatste werkgever

.....  
 .....

Datum einde arbeidscontract .....

Geniet U een opzeggingsvergoeding ? ..... Ja ..... Neen

Korte beschrijving van de als werknemer uitgeoefende activiteit

.....  
 .....

Korte beschrijving van de als zelfstandige (helper) uitgeoefende activiteit

.....  
 .....

Gaat U, rechtstreeks of via tussenpersoon, werken in onderaanneming voor uw vorige werkgever ?

..... Ja ..... Neen

**V A K VIII** Inlichtingen betreffende de kinderbijslag

Vraagt U kinderbijslag in de regeling der zelfstandigen ? ..... Ja ..... Neen

Bijzondere bijdrage ten laste van de alleenstaanden en de gezinnen zonder kinderen.

1. Wordt er kinderbijslag toegekend uit hoofde van :

- uw beroepsactiviteit - uw hoedanigheid van werkloze, van zieke, van mindervalide, enz. ... ?

JA

NEEN

- de beroepsactiviteit van uw echtgeno(o)t(e) - zijn (haar) hoedanigheid van werkloze, van zieke, van mindervalide, enz. ... ?

JA

NEEN

2. Wordt er kinderbijslag voor wezen uitbetaald :

- aan U ?

JA

NEEN

- aan uw echtgeno(o)t(e) ?

JA

NEEN

Antwoordt U JA op voormeld punt 1 of 2, welk is dan het betalingsorganisme ? (benaming en adres)

.....  
 .....

3.

Slechts in te vullen wanneer :

- "NEEN" werd geantwoord op de vragen 1 en 2 EN

- U eveneens een andere beroepsbezigheid uitoefent dan deze als zelfstandige of

- uw echtgeno(o)t(e) een beroepsbezigheid uitoefent.

Wordt de bijzondere bijdrage voorzien door het koninklijk besluit nr. 227 voor de loon- en weddetrekkenden van de openbare en van de privé sector daadwerkelijk afgehouden ?

JA

NEEN

Betaalt uw echtgeno(o)t(e) de bijzondere bijdrage voorzien door het koninklijk besluit nr. 290 (zelfstandige) ?

JA

NEEN

Ik vraag tevens de terugbetaling van de ingehouden kinderbijslag zodra dit mogelijk is

Eventueel aanvullende inlichtingen

Ik verklaar aan te sluiten bij het Sociaal verzekeringsfonds .....  
overeenkomstig het koninklijk besluit nr. 38 van 27.7.1967 en het koninklijk besluit van 19.12.1967  
en de inlichtingen beoogd bij artikel 41 bis van laatstgenoemd koninklijk besluit te hebben ontvangen.

Ik wens dat mijn voorlopige bijdragen bij beginactiviteit berekend worden op  
..... het wettelijk minimum  
..... een vermoed inkomen van ..... F

Ik verbind er mij toe alle wijzigingen van de inlichtingen die voorkomen op dit aansluitingsformulier binnen de vijftien dagen te melden aan mijn verzekeringsfonds.

GEDAAN TE

OP

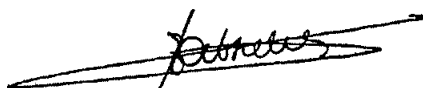
HANDTEKENING

VERKLARENDE NOTA

1. Naam van de gemeente zoals die was bij de geboorte.
2. Slechts in te vullen in geval dit adres verschilt van dat van de hoofdverblijfplaats.
3. Uw aandacht wordt erop gevestigd dat de echtgenoot-helper (echtgenote-helpster) op vrijwillige basis kan aansluiten bij de arbeidsongeschiktheids- (en moederschaps)verzekering. (Voor meer inlichtingen raadpleeg uw sociaal verzekeringsfonds)
4. In te vullen door beoefenaars van medische of paramedische beroepen.
5. In te vullen door beoefenaars van gereguleerde beroepen.
6. In te vullen door ambulante handelaars.
7. In te vullen door beoefenaars van vrije beroepen (advocaten - geneesheren - architecten - bedrijfsrevisoren enz.)
8. U antwoordt JA indien U verzekerd bent voor schade veroorzaakt door de uitoefening van uw zelfstandige activiteit en/of een persoonlijke arbeidsongevallenverzekering hebt afgesloten.
9. Attest van de werkgever of ander bewijsstuk bijvoegen.
10. Slechts in te vullen bij deeltijdse arbeid als arbeider of bediende.
11. Laatste pensioenstrookje bijvoegen.
12. Zo nauwkeurig mogelijk te omschrijven.
13. Eventueel de bevoegde instelling per verzekeringsstak vermelden (pensioen - ziekte - invaliditeit - kinderbijslag, enz.)
14. Bewijsstuk bijvoegen.
15. Dossiernummer bij Rijksdienst voor Pensioenen vermelden.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 26 maart 1991.

De Minister van Middenstand,



M. WATHELET

De Staatssecretaris voor Middenstand,



P. MAINIL.

BIJLAGE 2

VOORBEHOUDEN	LOGO EN GEGEVENS	S.V.F.
--------------	------------------	--------

ATTEST VAN AANSLUITING (1)

De ondergetekende .....  
 aangesteld door het Sociaal verzekeringsfonds .....  
 verklaart dat :

NAAM ..... N.R. Rijksregister .....

ADRES : Straat ..... nr. .... PB .....

Postcode ..... Gemeente ..... Land .....

bij onze instelling op ..... een verklaring van aansluiting heeft ondertekend die door  
 het Rijksinstituut voor de sociale verzekeringen der zelfstandigen werd geregistreerd op .....  
 ..... met als ingangsdatum .....

Dit attest geldt als bewijs van aansluiting. De aansluiting kan te niet gedaan worden door  
 een administratieve of rechterlijke beslissing.

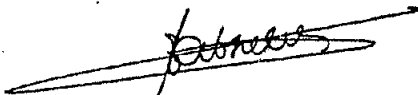
Datum .....

Handtekening

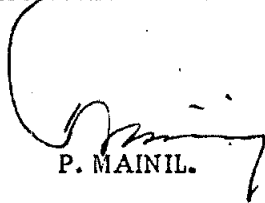
.....

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 26 maart 1991.

De Minister van Middenstand,



M. WATHELET  
 De Staatssecretaris voor Middenstand,



P. MAINIL.

(1) Afgeleverd overeenkomstig artikel 6 van het K.B. van 19 december 1967.

## ANLAGE I

LOGO und ANGABEN	S.V.K.
------------------	--------

ZUGEHORIGKEITSANZEIGE (\*)

FELD I	Von allen Angeschlossenen auszufüllen
--------	---------------------------------------

**DER ANGESCHLOSSENE** Nr. Landesregister .....  
 NAME ..... VORNAMEN ..... Geschlecht : Männlich/weiblich  
 Geburtsdatum Tag Mnt Jahr Gemeinde (1) (Land) ..... Staatsangehörigkeit .....  
 HAUPTWOHNSITZ Strasse ..... Nr. .... Bfk .....  
 Postleitzahl ..... Gemeinde ..... Land ..... Tel. ....  
 Sprache : ..... Deutsch ..... Französisch ..... Niederländisch  
 Personenstand : ..... unverheiratet  
                   ..... verheiratet  
                   ..... geschieden  
                   ..... tatsächlich getrennt                seit Tag Mnt Jahr .....  
                   ..... von Tisch und Bett getrennt  
                   ..... Witwe(r)

POSTANSCHRIFT (2) Strasse ..... Nr. .... Bfk .....  
 Postleitzahl ..... Gemeinde .....  
 BANK- oder POSTSCHECKKONTO - Nr. ....

**DER EHEGATTE / DIE EHEGATTIN**  
 NAME ..... VORNAMEN .....  
 Geburtsdatum Tag Mnt Jahr Geburtsort .....  
 Adresse .....  
 Beruf : ..... Arbeitnehmer : .....  
           ..... Rentner  
           ..... Öffentlicher Dienst  
           ..... Selbständige(r) : Name der Sozialversicherungskasse .....  
           ..... Ehegatte - Helfer ; Ehegattin - Helferin  
           ..... arbeitslos  
           ..... ohne Beruf

(\*) Beim Ausfüllen bitte die Anweisungen zu dieser Erklärung sorgfältig befolgen (Siehe Erläuterungsformular)



**FELD II** Von den Selbständigen auszufüllen

Ausgeübte Tätigkeit : .....

Anfangs- oder Wiederaufnahmedatum ..... Tag Mnt Jahr Einstellung ..... Tag Mnt Jahr

Eintragungsnummer in das Handelsregister oder die Handwerksrolle ..... Datum .....

Zulassungsnummer beim L.I.K.I.V. (4) Nr. .... Datum .....

MWSt-Nummer .....

Niederlassungserlaubniss (5) Nummer ..... Datum .....

Hausiererschein (6) Nummer ..... Datum .....

Eintragungsnummer in einen Verband, ein Institut oder eine Kammer (7) : Nummer ..... Datum .....

Sind Sie gegen Berufsrisiken versichert ? (8) ..... Ja ..... Nein

**Von Mandataren, Geschäftsführern, und aktiven Teilhabern auszufüllen**

Name der Gesellschaft : .....

Rechtsform ..... Publikationsdatum der Statuten .....

Gesellschaftssitz .....

Tätigkeit oder/und Beschäftigung .....

**FELD III** Von den Helfern (Helferinnen) auszufüllen

NAME des Selbständigen .....

ADRESSE (Strasse) ..... Nr. .... Bfk .....

Postleitzahl ..... Gemeinde .....

Der S.V.K. ....geschlossen

Vom Selbständigen ausgeübte Tätigkeit .....

Als Helfer(in) ausgeübte Tätigkeit (kurze Umschreibung) .....

.....

.....

Eventueller Verwandtschaftsgrad .....

**FELD IV** Von Rentnern und Personen, die noch eine andere Berufstätigkeit ausüben oder eine Sozialzulage beziehen auszufüllen.

NEBENBERUF

Art der anderen Berufstätigkeit .....

Arbeitszeit (pro Tag - Woche - Monat) (9) .....

Für diese Tätigkeit zuständige paritätische Betriebskommission (10) .....

RENTNER

Beziehen Sie tatsächlich eine Rente ? ..... Ja ..... Nein

Wenn ja, Zahlungsanstalt (11) .....

Üben Sie Ihre selbständige Tätigkeit innerhalb der Grenzen der zulässigen Arbeit aus ?

..... Ja ..... Nein

Bezieht Ihr Ehegatte tatsächlich eine Rente :

- Betrag Haushalt ? ..... Ja ..... Nein

- Betrag Alleinstehender ? ..... Ja ..... Nein

SOZIALHILFEBERECHTIGTE

Art der Sozialhilfe .....

Zahlungsanstalt .....

Betrag der Sozialhilfe ..... F (monatlich - jährlich)

**FELD V** Von Personen, die ihre Berufstätigkeit im Ausland ausüben auszufüllen

Land: .....

Art der ausgeübten Tätigkeit (12) .....

Versichert - als Selbständige(r) (nicht Arbeitnehmer)

- als Arbeitnehmer

- in einer Allgemeinregelung

Der/dem (13) .....angeschlossen

unter Zeichen .....

.....

unter Zeichen .....

.....

unter Zeichen .....

**FELD VI** Von Personen in Laufbahnunterbrechung auszufüllen

Ich genieße eine Laufbahnunterbrechung (14)

- in der Regelung für Arbeitnehmer seit .....

Tag Mnt Jahr

- im öffentlichen Dienst seit .....

Geniessen Sie in der Pensionsregelung für Arbeitnehmer eine

Gleichstellung : - ohne Beitragsentrichtung ? ..... Ja ..... Nein

- gegen Beitragentrichtung ? ..... Ja <sup>(15)</sup> ..... Nein

**FELD VII** Von Personen, die von der Regelung für Arbeitnehmer zur Regelung für Selbständige übergehen auszufüllen

Name und Adresse des letzten Arbeitgebers

.....  
 .....

Datum Ende des Arbeitsvertrages .....

Geniessen Sie eine Kündigungsvergütung ? ..... Ja ..... Nein

Kurze Umschreibung der als Arbeitnehmer ausgeübten Tätigkeit

.....  
 .....

Kurze Umschreibung der als Selbständige(r) (Helfer) ausgeübten Tätigkeit

.....  
 .....

Werden Sie, direkt oder über eine Mittelsperson, als Subunternehmer für Ihren früheren Arbeitgeber arbeiten ?

..... Ja ..... Nein

**FELD VIII** Informationen bezüglich der Kinderzulagen

Stellen Sie einen Antrag auf Kinderzulagen in der Regelung für Selbständige ? ..... Ja ..... Nein

Sonderbeitrag zu lasten der Alleinstehenden und der Familien ohne Kinder.

1. Werden Kinderzulagen gewährt aufgrund :

- Ihrer Berufstätigkeit - Ihrer Eigenschaft als Arbeitslose(r), Kranke(r), Behinderte(r), usw ... ?  JA  NEIN
- der Berufstätigkeit Ihres Ehepartners - dessen/deren Eigenschaft als Arbeitslose(r), Kranke(r), Behinderte(r), usw ...  JA  NEIN

2. Werden Kinderzulagen für Waisen :

- Ihnen bezahlt  JA  NEIN
- Ihrem Ehepartner bezahlt  JA  NEIN

Lautet die Antwort zu den obenerwähnten Punkten 1 oder 2 JA, so geben Sie bitte die Zahlungsanstalt an (Name und Adresse)

.....  
 .....

3.

Nur auszufüllen, wenn :

- die Antwort auf die Fragen 1 und 2 "NEIN" war, UND
- Sie ausser der selbständigen Berufstätigkeit noch eine andere Berufstätigkeit ausüben, oder
- Ihre Ehegattin /Ihr Ehegatte eine Berufstätigkeit ausübt.

- Wird der durch den Königlichen Erlass Nr 227 für die Lohn- und Gehaltsempfänger im Privatsektor und im öffentlichen Dienst festgelegte Sonderbeitrag tatsächlich einbehalten ?  JA  NEIN
- Zahlt Ihr Ehegatte/Ihre Ehegattin den im Königlichen Erlass Nr. 290 (Selbständige) vorgeschere Sonderbeitrag ?  JA  NEIN

Ich bitte ebenfalls um Rückerstattung der einbehaltenen Kinderzulagen, sobald dies möglich ist.

Eventuell zusätzliche Informationen

Ich erkläre hiermit, dass ich mich gemäss dem Königlichen Erlass Nr. 38 vom 27.7.1967 und dem Königlichen Erlass vom 19.12.1967 der Sozialversicherungskasse ..... anschliesse und dass ich die durch Artikel 41, bis, des letzteren Königlichen Erlasses beabsichtigten Informationen erhalten habe.

Ich wünsche, dass meine vorläufigen Beiträge für die Anfangstätigkeit aufgrund  
..... des gesetzlichen Minimums berechnet werden  
..... vermutlicher Berufseinkünfte in Höhe von ..... F berechnet werden.

Ich verpflichte mich, alle Änderungen bezüglich der in diesem Formular aufgeführten Informationen innerhalb von fünfzehn Tagen meiner Versicherungskasse mitzuteilen.

ORT / DATUM

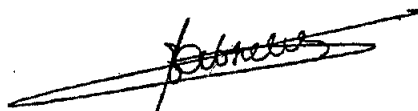
UNTERSCHRIFT

**ERLAUTERUNGEN**

1. Name der Gemeinde zur Zeit der Geburt.
2. Nur auszufüllen, wenn diese Adresse von der Adresse des Hauptwohnsitzes abweicht.
3. Bitte beachten Sie, dass der Ehegatte-Helfer (die Ehegattin-Helferin) sich freiwillig der Arbeitsunfähigkeits - (und Mutterschafts)versicherung anschliessen kann. (Bitte erkundigen Sie sich bei Ihrer Sozialversicherungskasse).
4. Von Personen auszufüllen, die einen medizinischen Beruf bzw. Hilfsberuf ausüben.
5. Von Personen auszufüllen, die einen reglementierten Beruf ausüben.
6. Von Strassenhändlern auszufüllen.
7. Von Freiberuflern auszufüllen. (Anwälten - Ärzten - Architekten - Wirtschaftsprüfern usw.).
8. Sie antworten JA, wenn Sie gegen den durch die Ausübung Ihrer selbständigen Tätigkeit verursachten Schaden versichert sind und/oder eine persönliche Versicherung gegen Arbeitsunfälle abgeschlossen haben.
9. Bescheinigung des Arbeitgebers oder anderes Beweismittel beifügen.
10. Nur von teilzeitbeschäftigten Arbeitern oder Angestellten auszufüllen.
11. Letzter Rentenzahlungsabschnitt.
12. Möglichst genau so umschreiben.
13. Eventuell die zuständige Anstalt per Versicherungssektor angeben (Rente - Krankheit - Invalidität - Kinderzulagen, usw.).
14. Beweismittel beifügen.
15. Aktenzeichen beim Landesdienst für Pensionen angeben.

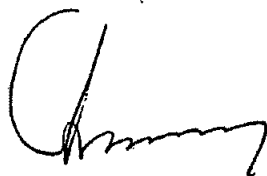
Gesehen um dem Ministerialerlass vom 26. März 1991 hinzugefügt zu werden.

Der Minister des Mittelstandes,



M. WATHELET

Der Staatssekretär für den Mittelstand,



P. MAINIL.

## ANLAGE 2

VORBEHALTEN      LOGO UND ANGABEN      S.V.K.

ZUGEHÖRIGKEITSBESCHEINIGUNG (1)

Der Unterzeichnete .....  
 Beamter der Sozialversicherungskasse .....  
 erklärt, dass :

NAME ..... Nr Landesregister .....

ADRESSE : Strasse ..... Nr ..... Bfk .....

Postleitzahl ..... Gemeinde ..... Land .....

am ..... bei unserer Anstalt eine Zugehörigkeitsanzeige unterzeichnet hat, die  
 seitens des Landesinstituts der Sozialversicherungen für Selbständige am .....  
 registriert wurde und am ..... angeht.

Diese Bescheinigung gilt als Zugehörigkeitsnachweis.

Die Zugehörigkeit kann durch einen Verwaltungs- oder Gerichtsbeschluss für nichtig erklärt  
 werden.

Datum .....

Unterschrift

.....

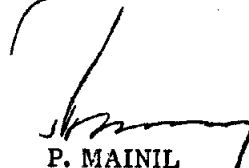
Gesehen um dem Ministerialerlass vom 26. März 1991 hinzugefügt zu werden.

Der Minister des Mittelstandes,



M. WATHELET

Der Staatssekretär für den Mittelstand,



P. MAINIL

(1) Ausgestellt gemäss Artikel 6 des K.E. vom 19. Dezember 1967.