

N. 98 — 1518

[98/16129]

30 MAART 1998. — Ministerieel besluit tot wijziging van bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 26 maart 1991 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 Landbouw en de Kleine en Middelgrote Ondernemingen,

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, 14 december 1989 en 20 december 1995;

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,

Besluit :

Artikel 1. Bijlage 1 bij het ministerieel besluit van 26 maart 1991 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, wordt vervangen door de bijlage bij dit besluit.

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

Brussel, 30 maart 1998.

K. PINXTEN

F. 98 — 1518

[98/16129]

30 MARS 1998. — Arrêté ministériel modifiant l'annexe 1 à l'arrêté ministériel du 26 mars 1991 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 de l'Agriculture et des Petites et Moyennes Entreprises,

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 du 6 février 1976, du 14 décembre 1989 et du 20 décembre 1995;

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;

Arrête :

Article 1^{er}. L'annexe 1 à l'arrêté ministériel du 26 mars 1991 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 est remplacée par l'annexe au présent arrêté.

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

Bruxelles, le 30 mars 1998.

K. PINXTEN

Uw correspondent :
 Telefoonnummer :
 Dossiernummer :

AANSLUTINGSVERKLARING

1. DE AANGESLOTENE

Naam : Voornamen :

INSZ (Rijksregisternummer)

Geslacht : vrouwelijk mannelijk

Geboren op :/...../..... Plaats : Land :

Nationaliteit :

Hoofdverblijfplaats

Straat : Nr. : Bus :

Postcode : Plaats : Land :

Tel. :/...../..... Fax. :/...../.....

Burgerlijke staat :

- ongehuwd gescheiden van tafel en bed → sinds :/...../.....
 gehuwd → sinds/...../..... feitelijk gescheiden → sinds :/...../.....
 uit de echt gescheiden → sinds/...../..... weduwe/weduwnaar → sinds :/...../.....

Correspondentieadres :

Straat : Nr. : Bus :

Postcode : Plaats : Land :

Post- of bankrekening : Nr.-.....-.....

2. DE ECHTGENOOT/ECHTGENOTE VAN DE AANGESLOTENE

Naam : Voornamen :

Geboren op :/...../..... Plaats : Land :

Adres (indien dit verschilt van het adres van de aangeslotene) : Straat Nr. : Bus :

Postcode : Plaats : Land :

Statuut

- werknemer
 zelfstandige
 echtgenoot-helper of -helpster
 ambtenaar — personeelslid van een overheidsdienst
 werkloos
 gepensioneerd
 erkend als arbeidsongeschikt
 andere (gelieve te verduidelijken) :
 zonder

3. ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT IN BELGIE

Uitgeoefende activiteit :

(gelieve deze kort te omschrijven)

.....

Datum van begin of hervatting :/...../.....

Inschrijvingsnummer in het handelsregister :

B.T.W.-nr. :

Hebt u uw zelfstandige activiteit stopgezet tussen het begin van de activiteit en de aansluitingsdatum ?

NEE

JA : op datum van :/...../.....

Bent u mandataris, zaakvoerder of werkend vennoot in een vennootschap ?

NEE

JA : gelieve in dit geval onderstaande vragen te beantwoorden

Naam van de vennootschap :

B.T.W.-nr. :

Bent u helper/helpster van een zelfstandige ?

NEE

JA : gelieve in dit geval onderstaande vragen te beantwoorden

Gegevens betreffende de zelfstandige van wie u de helper/helpster bent :

Naam : Voornamen :

Straat : Nr. : Bus :

Postcode : Plaats :

.....

Uitgeoefende activiteit (gelieve deze kort te omschrijven) :

.....

4. ACTIVITEIT IN HET BUITENLAND

Oefent u een beroepsactiviteit uit in het buitenland ?

NEE

JA : gelieve in dit geval onderstaande vragenlijst in te vullen

Land waar de activiteit wordt uitgeoefend :

Het betreft een activiteit : als werknemer
 als zelfstandige
 een ander statuut

5. UITOEFENING VAN VERSCHILLENDE ACTIVITEITEN OF LOOPBAANONDERBREKING

A. Oefent u naast uw zelfstandige activiteit nog een andere beroepsactiviteit uit ?

NEE

JA : gelieve in dit geval een attest van de werkgever bij te voegen met opgave van uw werkrooster (aantal uren per week), de aard van de activiteit en de begindatum van deze activiteit.

B. Geniet u een volledige loopbaanonderbreking ?

NEE JA

Als werknemer of in overheidssector sinds/...../.....

In het onderwijs, sinds/...../.....

Geniet u een loopbaanonderbrekingsuitkering ? NEE JA

Betaalt u vrijwillige bijdragen voor de pensioenregeling der werknemers : NEE JA

6. UITOEFENING VAN EEN ACTIVITEIT ALS WERKNEMER VOOR DE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT

Oefende u voor het begin van uw zelfstandige activiteit een activiteit als werknemer uit ?

NEE

JA : gelieve in dit geval onderstaande vragenlijst in te vullen

Naam van de laatste werkgever :

Adres van de laatste werkgever :

Straat : Nr : Bus :

Postcode : Plaats : Land :

Einddatum van de arbeidsovereenkomst :/...../.....

Ontving u een opzeggingspremie ?

NEE

JA

Geniet u een opzegtermijn ?

NEE

JA : voor welke periode : van/...../..... tot...../...../.....

Uitgeoefende activiteit (korte omschrijving) :

.....

Gaat u werken in onderaanneming voor uw vorige werkgever ?

NEE

JA

Was u werkloos voordat u met uw zelfstandige activiteit begon ?

NEE

JA : in dit geval, gelieve de uitgeoefende activiteit voor u werkloos bent geworden te omschrijven :

.....

.....

7. VERVANGINGSINKOMENS

A. Geniet u daadwerkelijk een pensioen ?

overlevingspensioen sinds/...../.....

rustpensioen sinds/...../.....

Gelieve de laatste kennisgeving bij te voegen

Bent u van plan uw zelfstandige activiteit binnen de grenzen van de toegelaten bezigheid uit te oefenen ?

NEE JA

Geniet uw echtgenoot/echtgenote daadwerkelijk een pensioen ?

NEE

JA : gelieve in dit geval te verduidelijken :

een gezinspensioen

een pensioen alleenstaande

Naam van de betalingsinstelling :

B. Geniet u daadwerkelijk een sociale uitkering of tegemoetkoming ?

NEE JA : gelieve in dit geval het passende vakje aan te kruisen

werkloosheidsuitkering

brugpensioen

ziekte-invaliditeitsuitkering

uitkering wegens arbeidsongeval

uitkering voor mindervaliden

andere :

Naam van de betalingsinstelling :

8. KINDERBIJSLAG

Zijn er kinderen die deel uitmaken van uw gezin, die recht geven op kinderbijslag ?

NEE

JA : gelieve in dit geval de naam van de betalingsinstelling te vermelden :

.....

9. VERKLARING

Ik verklaar dat de gegevens op dit formulier echt en volledig zijn en dat ik mij aansluit bij uw sociaal verzekeringsfonds.

Opgemaakt te : op/...../.....

(Handtekening)

Denk eraan een kopie van het ingevulde formulier te bewaren en de eventuele bijlagen bij te voegen.

Indien de gegevens die u op dit formulier hebt medegedeeld wijzigen, bent u wettelijk verplicht ons deze wijzigingen binnen de twee weken te melden.

De gegevens die u gevraagd worden, dienen enkel voor de afhandeling van uw sociale zekerheidsdossier.

U hebt het recht deze gegevens in te kijken en ze desnoods te laten verbeteren.

Om dit te doen dient u zich te wenden tot de persoon die uw dossier beheert (informeer u bij de persoon vermeld op blz. 1).

Gezien om gevoegd te worden bij het ministerieel besluit van 30 maart 1998.

De Minister van Landbouw en de Kleine en Middelgrot Ondernemingen,

K. PINXTEN

Votre correspondant :
 Téléphone :
 Dossier n° :

DECLARATION D'AFFILIATION

1. L'AFFILIE(E)

Nom : Prénoms :

NISS (N° Registre national) :

Sexe : féminin masculin

Né(e) le :/...../..... Localité : Pays :

Nationalité :

Résidence principale

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

Tél. :/...../..... Fax. :/...../.....

Etat civil :

- célibataire séparé(e) de corps → depuis le :/...../.....
 marié(e) → depuis le/...../..... séparé(e) de fait → depuis le :/...../.....
 divorcé(e) → depuis le/...../..... veuf-veuve → depuis le :/...../.....

Adresse pour la correspondance :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

Compte postal ou bancaire : N°-.....-.....

2. LE CONJOINT DE L'AFFILIE(E)

Nom : Prénoms :

Né(e) le :/...../..... Localité : Pays :

Adresse (si elle diffère de celle de l'affilié) : Rue N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

- Statut travailleur salarié
 travailleur indépendant
 conjoint-aidant
 fonctionnaire — agent des services publics
 chômeur
 pensionné(e)
 reconnu en incapacité de travail
 autre (précisez) :
 sans

3. ACTIVITE INDEPENDANTE EN BELGIQUE

Activité exercée :

(décrivez brièvement)

.....

Date de début ou de reprise :/...../.....

N° d'inscription au registre de commerce :

N° de T.V.A. :

Avez-vous cessé votre activité indépendante entre la date de début d'activité et la date d'affiliation ?

NON

OUI : à quelle date :/...../.....

Etes-vous mandataire, gérant ou associé actif d'une société ?

NON

OUI : dans ce cas, complétez le questionnaire ci-dessous

Nom de la société :

N° de T.V.A. :

Etes-vous l'aidant(e) d'un travailleur indépendant ?

NON

OUI : dans ce cas, complétez le questionnaire ci-dessous

Données concernant l'indépendant dont vous êtes l'aidant(e) :

Nom : Prénom :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité :

.....

Activité exercée (décrivez brièvement) :

.....

4. ACTIVITE A L'ETRANGER

Exercez-vous une activité professionnelle à l'étranger ?

NON

OUI : dans ce cas, complétez le questionnaire ci-dessous

Pays où l'activité est exercée :

S'agit-il d'une activité :

salariée

indépendante

relevant d'un autre statut

5. CUMUL DE PLUSIEURS ACTIVITES OU INTERRUPTION DE CARRIERE

A. Exercez-vous une autre activité professionnelle en plus de votre activité indépendante ?

NON

OUI : dans ce cas, joignez une attestation de l'employeur précisant votre horaire de travail (nombre d'heures par semaine), la nature de l'activité et la date de début de cette activité.

B. Bénéficiez-vous d'une interruption totale de carrière ?

NON OUI

En tant que salarié ou dans le secteur public, depuis le/...../.....

Dans l'enseignement, depuis le/...../.....

Percevez-vous une indemnité d'interruption de carrière : NON OUI

Payez-vous volontairement des cotisations destinées au régime pension (secteur salariés) : NON OUI

6. EXERCICE D'UNE ACTIVITE SALARIEE AVANT L'ACTIVITE INDEPENDANTE

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

NON

OUI : dans ce cas, complétez le questionnaire ci-dessous

Nom du dernier employeur :

Adresse du dernier employeur :

Rue : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

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

Avez-vous perçu une indemnité de rupture ?

NON

OUI

Bénéficiez-vous d'un préavis ?

NON

OUI : pour quelle période : du/...../..... au/...../.....

Activité exercée (décrivez brièvement) :

.....

.....

Allez-vous travailler en sous-traitance pour votre employeur précédent ?

NON

OUI

Etiez-vous chômeur avant le début de votre activité indépendante ?

NON

OUI : dans ce cas, quelle activité exerciez-vous avant d'être chômeur ?

.....

.....

7. REVENUS DE REMPLACEMENT

A. Bénéficiez-vous effectivement d'une pension ?

de survie depuis le/...../.....

de retraite depuis le/...../.....

Joignez la copie de la dernière notification.

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

NON OUI

Votre conjoint bénéficie-t-il effectivement d'une pension ?

NON

OUI : dans ce cas, précisez :

au taux ménage

au taux isolé

Nom de l'organisme payeur :

B. Bénéficiez-vous effectivement d'une indemnité ou d'une allocation sociale ?

NON OUI : dans ce cas, cochez la case appropriée

allocation de chômage

prépension

indemnité maladie-invalidité

indemnité d'accident de travail

allocation de handicapé

autre :

Nom de l'organisme payeur :

8. ALLOCATIONS FAMILIALES

Y-a-t-il des enfants faisant partie de votre ménage qui sont bénéficiaires d'allocations familiales ?

NON

OUI : dans ce cas, citez le nom de l'organisme payeur :

9. DECLARATION

Je déclare que les données de ce formulaire sont véritables et complètes et que je m'affilie à votre caisse d'assurances sociales.

Fait à : le/...../.....

(Signature)

N'oubliez pas de conserver une copie complétée du formulaire pour vous et de joindre éventuellement les annexes.

N'oubliez pas de nous signaler dans les quinze jours toute modification des renseignements figurant dans ce formulaire. La loi vous y oblige.

Les données qui vous sont demandées ne seront utilisées qu'aux seules fins d'instruire votre dossier de sécurité sociale.

Vous avez le droit de consulter ces données et, au besoin, de les faire rectifier.

Vous devez, pour ce faire, vous adresser à l'agent qui instruit votre dossier (informez-vous auprès de l'agent mentionnée en haut de la page 1).

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 30 mars 1998.

Le Ministre de l'Agriculture et des Petites et Moyennes Entreprises,

K. PINXTEN

Anlage 1

Ihre Kontaktperson: Telefonnummer: Nummer der Akte:

BEITRITTSERKLÄRUNG

1. DER/DIE ANSCHLUßPFLICHTIGE

Name: Vornamen:

ENSS (Nr. Nationalregister)

Geschlecht: weiblich männlich

Geboren am:/...../..... Gemeinde: Land:

Staatsangehörigkeit:

Hauptwohnsitz

Strasse: Nr:

Postleitzahl: Gemeinde: Land:

Tel. :/..... Fax :/.....

Personenstand:

- unverheiratet
- verheiratet → seit/...../.....
- geschieden → seit/...../.....
- von Tisch und Bett getrennt → seit/...../.....
- tatsächlich getrennt → seit/...../.....
- Witwe(r) → seit/...../.....

Postanschrift:

Strasse: Nr:

Postleitzahl: Gemeinde: Land:

Bank- oder Postscheckkonto-Nr.: Nr.-.....-.....

2. DER EHEPARTNER DES/DER ANSCHLUßPFLICHTIGEN

Name: Vornamen:

Geboren am:/...../..... Gemeinde: Land:

Adresse (wenn abweichend von der des Angeschlossenen): Straße Nr:

Postleitzahl: Gemeinde: Land:

- Statut
- Arbeitnehmer(in)
 - Selbständige(r)
 - Ehepartner-Helfer(in)
 - Beamte(r) — Angestellte(r) im öffentlichen Dienst
 - arbeitslos
 - pensioniert
 - als arbeitsunfähig anerkannt
 - andere (präzisieren) :
 - ohne

3. SELBSTÄNDIGE TÄTIGKEIT IN BELGIEN

Uitgeübte Tätigkeit:

(bitte kurz umschreiben)

Anfangs- oder Wiederaufnahmedatum:/...../.....

Eintragsnummer in das Handelsregister:

MwSt-Nummer:

Haben Sie Ihre Tätigkeit zwischen dem Anfangsdatum der Tätigkeit und dem Anschließungsdatum eingestellt ?

NEIN

JA: an welchem Datum:/...../.....

Sind Sie Mandatar, Geschäftsführer oder aktiver Teilhaber einer Gesellschaft ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen:

Name der Gesellschaft:

MwSt-Nummer:

Sind Sie Helfer(in) eine(r)s Selbständigen ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen

Angaben bezüglich de(r)s Selbständigen der/dem Sie helfen:

Name: Vornamen:

Straße: Nr.:

Postleitzahl: Gemeinde:

Ausgeübte Tätigkeit (kurz umschreiben):

4. IM AUSLAND AUSGEÜBTE TÄTIGKEIT

Üben Sie im Ausland eine Berufstätigkeit aus ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen

Land wo die Tätigkeit ausgeübt wird:

Es handelt sich um eine Tätigkeit: als Arbeitnehmer

als Selbständige(r)

die unter ein anderes Statut fällt

5. KUMULIERUNG VERSCHIEDENER TÄTIGKEITEN ODER LAUFBAHNUNTERBRECHUNG

A. Üben sie neben ihrer selbständigen Tätigkeit noch eine andere Berufstätigkeit aus ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte eine Erklärung Ihres Arbeitgebers beifügen, in der Ihre Arbeitszeit pro Woche, die Art Ihrer Tätigkeit und deren Anfangsdatum präzisiert sind.

B. Genießen Sie eine volle Laufbahnunterbrechung ?

NEIN JA

Als Arbeitnehmer oder im öffentlichen Dienst, seit/...../.....

Im Unterrichtswesen, seit/...../.....

Erhalten Sie eine Vergütung wegen Laufbahnunterbrechung ? NEIN JA

Zahlen Sie freiwillig Beiträge an die Pensionsregelung (Bereich Arbeitnehmer): NEIN JA

6. AUSÜBUNG EINER TÄTIGKEIT ALS ARBEITNEHMER VOR DER SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT

Haben Sie vor Anfang Ihrer selbständigen Tätigkeit eine Tätigkeit als Arbeitnehmer ausgeübt ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen:

Name Ihres letzten Arbeitgebers:

Adresse Ihres letzten Arbeitgebers:

Straße: Nr.:

Postleitzahl: Gemeinde: Land:

Auflösungsdatum Ihres Arbeitsvertrages:/...../.....

Haben Sie eine Kündigungsvergütung erhalten ?

NEIN

JA

Genießen Sie eine Kündigungsfrist ?

NEIN

JA: für welche Periode: vom/...../..... bis/...../.....

Ausgeübte Tätigkeit (kurz umschreiben):
.....
.....

Werden Sie als Subunternehmer für Ihren früheren Arbeitgeber arbeiten ?

NEIN

JA

Waren Sie arbeitslos vor dem Beginn Ihrer selbständigen Tätigkeit ?

NEIN

JA: in diesem Fall, welche Tätigkeit haben Sie ausgeübt bevor Sie arbeitslos wurden ?

.....
.....

7. ERSATZEINKOMMEN

A. Beziehen Sie tatsächlich eine Pension ?

Überlebenspension seit/...../.....

Alterspension seit/...../.....

Bitte, die letzte Notifikation beifügen.

Werden Sie Ihre selbständige Tätigkeit innerhalb der zugelassenen Grenzen ausüben ?

NEIN JA

Bezieht Ihr Ehepartner tatsächlich eine Pension ?

NEIN

JA: bitte präzisieren:

Betrag Haushalt

Betrag Alleinstehender

Name der Zahlungsanstalt:

B. Beziehen Sie tatsächlich eine Sozial vergütung -oder zulage ?

NEIN JA: in diesem Fall, bitte das entsprechende Feld ankreuzen

Arbeitslosengelt

Vorgezogene Pension

Vergütung wegen Krankheit/Invalidität

Vergütung wegen Arbeitsunfalles

Behindertenzulage

andere:

Name der Zahlungsanstalt:

8. KINDERGELD

Beziehen Kinder die zu Ihrem Haushalt gehören, Kindergeld ?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte den Namen der Zahlungsanstalt angeben:

.....

9. ERKLÄRUNG

Ich erkläre, daß die Angaben auf diesem Formular vollständig und wahr sind und daß ich mich Ihrer Sozialversicherungskasse anschliesse.

Aufgestellt zu: am/...../.....

(Unterschrift)

Bitte beachten !

Behalten Sie eine Kopie dieses Formulars und vergessen Sie nicht eventuelle Anlagen beizufügen.

Denken Sie bitte daran, daß Sie gesetzlich dazu verpflichtet sind, uns innerhalb von 15 Tagen alle Änderungen in den obenerwähnten Informationen mitzutellen.

Die Angaben die von Ihnen gefordert werden, werden ausschließlich dazu benutzt, Ihre Sozialversicherungsakte aufzustellen.

Sie haben das Recht, diese Angaben zu konsultieren und eventuell abändern zu lassen.

Zu diesem Zweck müssen Sie sich an den Beamten wenden der Ihrer Akte bearbeitet (Sie können sich bei dem Beamten erkundigen, der auf der ersten Seite angegeben ist).

Gesehen, um dem Ministeriellen Erlass vom 30. März 1998 beigefügt zu werden.

Der Minister für Landwirtschaft und die Kleinen und Mittlgrößen Unternehmen,
K. PINXTEN