

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 5 août 2003;

Vu l'accord de Notre Ministre du Budget, donné le 25 septembre 2003;

Vu l'avis 36.002/1 du Conseil d'Etat, donné le 23 octobre 2003;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. A l'article 9, c), de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié par les arrêtés royaux des 7 janvier 1987, 31 août 1998 et 1^{er} juin 2001, dans la première règle d'application qui suit la prestation 424233-424244, les mots « l'assistance du médecin traitant » sont supprimés.

Art. 2. A l'article 16 de la même annexe, modifié par les arrêtés royaux des 7 janvier 1987, 22 janvier 1991, 12 août 1994 et 29 avril 1999, les §§ 1^{er}, 2, 3, 4 et 5, alinéa 3 sont abrogés.

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au *Moniteur belge*.

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 novembre 2003.

ALBERT

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
R. DEMOTTE

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën, gegeven op 5 augustus 2003;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting, gegeven op 25 september 2003;

Gelet op advies 36.002/1 van de Raad van State, gegeven op 23 oktober 2003;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In artikel 9, c), van de bijlage bij het koninklijk besluit van 14 september 1984 tot vaststelling van de nomenclatuur van de geneeskundige verstrekingen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 januari 1987, 31 augustus 1998 en 1 juni 2001 worden in de eerste toepassingsregel die op de verstreking 424233-424244 volgt de woorden « de hulp van de behandelend geneesheer » geschrapt.

Art. 2. In artikel 16 van dezelfde bijlage, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 7 januari 1987, 22 januari 1991, 12 augustus 1994 en 29 april 1999, worden de §§ 1, 2, 3, 4 en 5, derde lid opgeheven.

Art. 3. Dit besluit treedt in werking de eerste dag van de tweede maand na die waarin het in het *Belgisch Staatsblad* wordt bekendgemaakt.

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 9 november 2003.

ALBERT

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en van Volksgezondheid,
R. DEMOTTE

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2003 — 4546

[C — 2003/23039]

9 MAI 2003. — Arrêté ministériel modifiant l'annexe 1^{er} 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 chargé des 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 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^{re} 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, remplacée par l'arrêté ministériel du 30 mars 1998, 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 9 mai 2003.

R. DAEMS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2003 — 4546

[C — 2003/23039]

9 MEI 2003. — 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 belast met 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, 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, vervangen door het ministerieel besluit van 30 maart 1998, 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, 9 mei 2003.

R. DAEMS

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 OU COHABITANT(E) LEGAL(E) DE L’AFFILIE(E)¹

Nom : Prénoms.....
 Né(e) le :/...../..... Localité :Pays:.....
 Adresse (si elle diffère de celle de l’affilié) : Rue :N° :Bte :
 Code postal : Localité : Pays :

Votre conjoint vous aide-t-il dans votre activité d’indépendant?

NON
 OUI

Votre conjoint exerce-t-il une activité professionnelle?

NON
 OUI: En quelle qualité? travailleur(euse) salarié(é)
 travailleur(euse) indépendant(e) ou aidant(e)
 fonctionnaire agent des services publics

Cette activité lui ouvre-t-elle des droits propres² à des prestations sociales?

OUI
 NON

Votre conjoint bénéficie-t-il de revenus de remplacement?

NON
 OUI: -Ces revenus lui ouvrent-ils des droits propres² à des prestations sociales?

OUI
 NON

-Lesquels? Pension

Allocations de chômage
 Indemnités d’incapacité de travail
 Autre (précisez):.....

1.Cette rubrique vise tant les personnes mariées que les personnes ayant souscrit une déclaration de cohabitation légale.

2.Droit à des prestations sociales en tant que titulaire et non en qualité de personne à charge.

3. ACTIVITE INDEPENDANTE EN BELGIQUE

Activité exercée :
(décrivez brièvement) :

.....
.....

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

N° d'inscription au registre de commerce:.....

N° de TVA:-.....

N° d'établissement ou d'entreprise (si existant):.....

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 TVA :

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, compléter 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 (CREDIT-TEMPS)

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 (ou crédit-temps) ?

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 cas 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 suis informé(e) que des déclarations fausses et inexactes sont passibles de sanctions

Je déclare que les données de ce formulaire son 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 mentionné en haut de la page 1).

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 9 mai 2003.

Le Ministre chargé des Classes Moyennes,

R. DAEMS.

Uw correspondent :
 Telefoonnummer :
 Dossiernummer :

AANSLUITINGSVERKLARING

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/weduwenaar sinds :/...../.....

Correspondentieadres :
 Straat : Nr. : Bus :
 Postcode : Plaats : Land :
 Post- of bankrekening : Nr.-.....-.....

2. DE ECHTGENOOT/ECHTGENOTE OF WETTELIJK SAMENWONENDE VAN DE AANGESLOTENE¹

Naam : Voornamen :
 Geboren op :/...../..... Plaats : Land :
 Adres (indien dit verschilt van het adres van de aangeslotene) : Straat : Nr. : Bus :
 Postcode : Plaats : Land :

Helpt uw echtgenoot/echtgenote u in uw zelfstandige activiteit ?
 NEE
 JA

Oefent uw echtgenoot/echtgenote een beroepsactiviteit uit ?

NEE
 JA In welke hoedanigheid ? werknemer
 zelfstandige of helper/helpster
 ambtenaar - personeelslid van een overheidsdienst
 Opent deze activiteit voor hem/haar eigen rechten² op sociale uitkeringen? JA
 NEE

Geniet uw echtgenoot/echtgenote vervangingsinkomsten?

NEE
 JA - Openen die vervangingsinkomsten voor hem/haar eigen rechten² op sociale uitkeringen?
 JA
 NEE

- Welke? pensioen
 werkloosheidsuitkeringen
 arbeidsongeschiktheidsuitkeringen
 andere (gelieve te verduidelijken).....

¹ Punt 2 betreft zowel de gehuwde personen als de personen die door een verklaring van wettelijke samenwoning verbonden zijn

² Recht op sociale uitkeringen als gerechtigde en niet als persoon ten laste

3. ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT IN BELGIE

Uitgeoefende activiteit :
(gelieve deze kort te omschrijven) :

.....
.....

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

Inschrijvingsnummer in het handelsregister :

BTW. nr. :

Ondernemingsnummer of bedrijfsnummer (indien bestaand) :

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 vragen te beantwoorden

Land waar de activiteit wordt uitgeoefend :

.....

Het betreft een activiteit : als werknemer

als zelfstandige

een ander statuut

5. UITOEFENING VAN VERSCHILLENDE ACTIVITEITEN OF LOOPBAANONDERBREKING (TIJDSKREDIET)

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 (of tijdskrediet)?

NEE JA

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

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

Geniet u een loopbaanonderbrekinguitkering? NEE JA

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

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

Oefende u vóór 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 vóór 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 - en invaliditeitsuitkering

uitkering wegens arbeidsongeval

uitkering voor mindervalide

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 ben op de hoogte van het feit dat onjuiste en valse verklaringen strafbaar zijn.

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 9 mei 2003.

De Minister belast met Middenstand,

R. DAEMS.

Ihre Kontaktperson:
 Telefonnummer:
 Nummer der Akte:

BETRITTSERKLÄRUNG

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:

Zivilstand:

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

Postanschrift:

Straße: Nr.:
 Postleitzahl: Gemeinde: Land:
 Bank- oder Postscheckkonto-Nr.:

2. DER EHEPARTNER ODER DER/DIE GESETZLICH ZUSAMMENWOHNENDE DES/DER ANSCHLUSSPFLICHTIGEN¹

Name: Vornamen:
 Geboren am: Gemeinde: Land:
 Adresse (wenn abweichend von der des Angeschlossenen): Straße: Nr.:
 Postleitzahl: Gemeinde: Land:

Hilft Ihnen Ihr (Ehe)partner bei der Ausführung Ihrer Berufstätigkeit?

NEIN
 JA

Übt Ihr (Ehe)partner eine Berufstätigkeit aus?

NEIN
 JA als Arbeitnehmer(in)?
 als Selbständige(r) oder Helfer(in)?
 als Beamte(r) - Angestellte(r) im öffentlichen Dienst

Eröffnet diese Aktivität Ihrem (Ehe)partner eigene Rechte²? JA
 NEIN

Bezieht Ihr (Ehe)partner ein Ersatzeinkommen?

NEIN
 JA - Eröffnen ihm/ihr diese Ersatzeinkommen eigene Rechte auf soziale Leistungen? JA
 NEIN
 - Welche? Pension
 Arbeitslosengeld
 Vergütung wegen Arbeitsunfähigkeit
 andere (näher angeben):

¹ Punkt 2 gilt für Ehepartner, sowie für Personen die eine Erklärung unterzeichnet haben, dass sie gesetzlich Zusammenwohnende sind.

² Anspruch auf soziale Leistungen als Berechtigte und nicht als Person zu Lasten.

3. SELBSTÄNDIGE TÄTIGKEIT IN BELGIEN

Ausgeübte Tätigkeit:(bitte kurz umschreiben)

.....

Aufnahme- oder Wiederaufnahmedatum:··

Eintragungsnummer in das Handelsregister:

MwSt.-Nummer:

Unternehmensnummer (wenn existiert)

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

NEIN

JA: wann?··

Sind Sie Mandatar, Geschäftsführer oder aktiver Teilhaber einer Gesellschaft?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen:

Name der Gesellschaft:

MwSt.-Nummer:

Unternehmensnummer (wenn existiert):

Sind Sie Helfer(in) einer/eines Selbständigen?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte folgendes ausfüllen

Angaben bezüglich der/des 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 in dem die Tätigkeit ausgeübt wird:

.....

Es handelt sich um eine Tätigkeit:

als Arbeitnehmer

als Selbständige(r)

die unter ein anderes Statut fällt

5. GLEICHZEITIGE AUSÜBUNG VERSCHIEDENER TÄTIGKEITEN ODER LAUFBAHNUNTERBRECHUNG (ZEITKREDIT)

A. Üben sie neben ihrer selbständigen Tätigkeit noch eine weitere 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 (oder Zeitkredit)?

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 Aufnahme 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:

Aufkündigungsdatum Ihres Arbeitsvertrages: ' '

Haben Sie eine Kündigungsvergütung erhalten?

NEIN

JA

Wurde Ihnen eine Kündigungsfrist gewährt?

NEIN

JA: für welchen Zeitraum: vom ' ' bis zum ' '

Ausgeübte Tätigkeit (kurz umschreiben):

.....

Werden Sie als Subunternehmer/Zulieferer für Ihren früheren Arbeitgeber arbeiten?

NEIN

JA

Waren Sie vor Beginn Ihrer selbständigen Tätigkeit arbeitslos?

NEIN

JA: Welche Tätigkeit haben Sie in diesem Fall 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 näher angeben:

Betrag Haushalt

Betrag Alleinstehender

Name der Zahlungsanstalt:

B. Beziehen Sie tatsächlich eine Sozialvergütung -oder Zulage?

NEIN

JA: in diesem Fall, bitte das entsprechende Feld ankreuzen

Arbeitslosengeld

Frühpension

Vergütung wegen Krankheit/Invalidität

Vergütung wegen Arbeitsunfalls

Behindertenzulage

andere:

Name der Zahlungsanstalt:

8. KINDERGELD

Beziehen Sie für Kinder, die zu Ihrem Haushalt gehören, Kindergeld?

NEIN

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

.....

9. ERKLÄRUNG

Ich bin informiert, dass jede falsche oder unkorrekte Angabe strafbar ist.

Ich erkläre, dass die Angaben auf diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu sind und dass ich mich Ihrer Sozialversicherungskasse anschließe.

Aufgestellt zu: am

(Unterschrift)

Bitte beachten !

Bewahren Sie eine Kopie dieses Formulars auf und vergessen Sie nicht, eventuelle Anlagen beizufügen.

Denken Sie bitte daran, dass Sie gesetzlich dazu verpflichtet sind, uns innerhalb von 15 Tagen alle Änderungen bezüglich der obenerwähnten Informationen mitzuteilen.

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

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

Zu diesem Zweck müssen Sie sich an den Beamten wenden, der Ihre Akte bearbeitet (Sie können sich bei dem auf Seite 1 angegebenen Beamten erkundigen).

Gesehen, um dem Ministerieller Erlass vom 9mai 2003 beigefügt zu werden.

Der mit dem Mittelstand beauftragte Minister,

R. DAEMS

**SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE**

F. 2003 — 4547

[C — 2003/23025]

27 NOVEMBRE 2003. — Arrêté ministériel modifiant la liste jointe à l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques assimilés, en application de l'article 35ter, alinéa 4, de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, notamment l'article 35ter, modifié par la loi du 10 août 2001;

Vu l'arrêté royal du 21 décembre 2001 fixant les procédures, délais et conditions en matière d'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans le coût des spécialités pharmaceutiques, comme modifié à ce jour;

Vu l'avis émis par l'Inspecteur des Finances;

Vu l'accord du Ministre du Budget;

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID**

N. 2003 — 4547

[C — 2003/23025]

27 NOVEMBER 2003. — Ministerieel besluit tot wijziging van de lijst gevoegd bij het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, met toepassing van artikel 35ter, vierde lid, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen gecoördineerd op 14 juli 1994, inzonderheid op artikel 35ter, gewijzigd bij de wet van 10 augustus 2001;

Gelet op het koninklijk besluit van 21 december 2001 tot vaststelling van de procedures, termijnen en voorwaarden inzake de tegemoetkoming van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen in de kosten van farmaceutische specialiteiten, zoals gewijzigd tot op heden;

Gelet op het advies van de Inspecteur van Financiën;

Gelet op de akkoordbevinding van Onze Minister van Begroting;