

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

Beim Ausfüllen dieser Erklärung, bitte:
(1) das ausgewählte Feld ankreuzen (2) die Namen in Druckschrift schreiben

Securex-partner

Nr.:

Name:

BEITRITTSERKLÄRUNG EINES SELBSTÄNDIGEN ODER GEHILFEN EINES SELBSTÄNDIGEN

Ihre persönlichen Angaben

Name⁽²⁾:Vornamen⁽²⁾:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsland:

Nationalität:

Geschlecht⁽¹⁾: männlich weiblichZivilstand⁽¹⁾: Ledig Verheiratet Gesetzl. zusammenwohnend

Witwe(r) Tatsächlich Getrennt

Von Tisch Und Bett Getrennt Geschieden Seit dem:

Nationalregisternummer:

Sprache: Deutsch Französisch Niederländisch

Bankkontonummer:

IBAN:

BIC:

Hauptwohnsitz

Strasse:

Nummer:

Bfk:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Telefon:

Handy:

Fax:

E-mail:

Korrespondenzadresse (Nur auszufüllen wenn abweichend vom Hauptwohnsitz)

Name:

Strasse:

Nummer:

Bfk:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Angaben Ihres Ehegatten

(Nur auszufüllen wenn Sie verheiratet, von Tisch und Bett oder tatsächlich getrennt sind oder durch eine vom Standesbeamten beglaubigte Erklärung bezüglich gesetzlichen Zusammenwohnens gebunden sind)

Name⁽²⁾:

Vornamen⁽²⁾:

Geburtsdatum:

Nationalregisternummer (Rückseite des Personalausweises):

Geburtsort:

Geburtsland:

Nationalität:

Geschlecht ⁽¹⁾: männlich weiblich

Adresse (wenn verschieden von der des Selbständigen)

Strasse:

Nummer:

Bfk:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Hilft Ihr(e) Gatte(in) Ihnen bei Ihrer Tätigkeit als Selbständige(r)? ja nein

Übt Ihr(e) Gatte(in) eine berufliche Tätigkeit aus? ja nein

*** Ihr Ehegatte/Partner muss das Formular als Anlage „Informationsformular (durch alle Ehegatten/Partner eines Selbständigen**

Angaben Ihres Ehegatten

Ausgeübte Tätigkeit:

Beginn der Tätigkeit (oder der Wiederaufnahme):

Ende der Tätigkeit (nur auszufüllen, wenn Sie zwischenzeitlich die Tätigkeit, für die Sie sich anschließen, eingestellt haben):

Unternehmensnummer:

Sind sie Mandatar, Geschäftsführer oder aktiver Teilhaber einer Gesellschaft? ⁽¹⁾ nein ja

in diesem Fall füllen Sie untenstehende Rubrik aus

Name der Gesellschaft:

Juristische Form:

Unternehmensnummer:

Gesellschaftssitz:

Wird Ihr Mandat entlohnt? ⁽¹⁾ ja nein

* Falls Sie Verwalter, Geschäftsführer oder aktiver Teilhaber einer oder mehrerer anderer Gesellschaften sind, legen Sie bitte ein Dokument mit den vollständigen Angaben jeder Gesellschaft bei (Name, Unternehmensnummer...).

Sind Sie Gehilfe Eines Selbständigen? ⁽¹⁾ nein ja

Wenn ja, füllen Sie bitte die untenstehende Rubrik aus

Name:

Vornamen:

Nationalregisternummer:

Adresse

Strasse:

Nummer:

Bfk:

Postleitzahl:

Ort:

Land:

Angeschlossen bei der Sozialversicherungskasse:

Ausgeübte Tätigkeit des Selbständigen: *(Kurze Beschreibung)*:

Tätigkeit im Ausland

Üben Sie eine berufliche Tätigkeit im Ausland aus? ⁽¹⁾ **nein** **ja:**

Land, in dem die Tätigkeit ausgeübt wird:

Es handelt sich um eine Tätigkeit als Arbeitnehmer als Selbständiger die unter ein anderes

Andere berufliche Tätigkeit

Üben sie neben ihrer selbständigen Tätigkeit noch eine andere berufliche Tätigkeit aus? ⁽¹⁾

nein

ja:

Fügen Sie bitte eine Bescheinigung des Arbeitgebers hinzu mit folgenden Angaben:
Arbeitszeitordnung (Anzahl Stunden pro Woche), die Art der Tätigkeit, das Beginndatum dieser
Tätigkeit, Anzahl Stunden, die für eine Ganztagsstelle in diesem Betrieb verlangt werden.

Laufbahnunterbrechung / Zeitkredit

Sind sie in völliger Laufbahnunterbrechung oder Zeitkredit? ⁽¹⁾

nein

ja: In welchem Sektor arbeiten Sie und während welchem Zeitraum sind Sie in Laufbahnunterbrechung / Zeitkredit

Privatsektor

von

bis

Vertragspersonal im öffentlichen Sektor

von

bis

Ernanntes Personal in der lokalen oder

Provinzverwaltung

von

bis

Ernannter Beamter im öffentlichen Dienst

von

bis

Beziehen Sie eine Entschädigung für Laufbahnunterbrechung? ⁽¹⁾ **nein** **ja**

* Eine Bescheinigung des Arbeitsamtes bezüglich der Bewilligung oder Verlängerung der Laufbahnunterbrechung/des Zeitkredits
beifügen

**Arbeitnehmer im Privatsektor, Vertragspersonal des öffentlichen Sektors oder ernanntes Personal der Lokalen oder
Provinzverwaltung**

= Statut eines nebenberuflich tätigen Selbständigen unter der Bedingung, dass Sie während mindestens 12 Monaten vor Beginn des Zeitkredits
eine selbständige Tätigkeit ausübten und die andere berufliche Tätigkeit vollständig unterbrochen wurde. Außerdem müssen Sie eine
Unterbrechungsentschädigung erhalten. Sollten diese Bedingungen nicht erfüllt sein, gelten sie als hauptberuflicher Selbständiger.

Ernannte Beamte im öffentlichen Dienst

= Statut eines nebenberuflichen Selbständigen während des ersten Jahres Laufbahnunterbrechung. Sie können ebenfalls während der nächsten
4 Jahre als nebenberuflicher Selbständiger angesehen werden, unter der Bedingung, dass Sie die für die Gleichstellung an eine Beschäftigung
benötigten Beweisunterlagen vorlegen.

Ersatzeinkommen

Beziehen Sie eine Rente? ⁽¹⁾

nein ja: Überlebensrente seit dem
Altersrente seit dem

Üben Sie eine selbständige Tätigkeit innerhalb der zugelassenen Grenzen aus? nein ja

Bezieht Ihr Ehegatte Eine Rente? nein ja, bitte die Art der Rente angeben
Rente Zum Haushaltssatz pensioen als alleenstaande

Beziehen Sie Eine Entschädigung oder Sozialzulage? ⁽¹⁾

nein ja Arbeitslosengeld Kranken-/Invaliditätsvergütung Vorruhestandsrente
andere

Name der Zahlungsanstalt:

Ausübung einer Tätigkeit als Arbeitnehmer (oder Arbeitslosigkeit) vor Ihrer Tätigkeit als Selbst-

Waren Sie vor ihrer selbständigen Tätigkeit Arbeitnehmer? ⁽¹⁾ nein ja:

Name des letzten Arbeitgebers:

Strasse:

Nummer: Bfk: Postleitzahl:

Ort:

Land:

Beschreibung der Arbeitnehmertätigkeit:

Enddatum des Arbeitsvertrages:

Erhielten Sie eine Kündigungsentschädigung? nein ja

Hatten Sie eine Kündigungsfrist? nein ja von bis

Werden Sie für Ihren ehemaligen Arbeitgeber als Subunternehmer tätig sein? nein ja

Waren Sie vor Beginn Ihrer selbständigen Tätigkeit arbeitslos? nein ja

Welche Tätigkeit übten Sie vor ihrer Arbeitslosigkeit aus?

Vollmacht

Arbeiten sie mit einem Buchhalter oder Steuerberater? ⁽¹⁾

nein ja, Name des Buchhalters/Steuerberaters

Strasse:

Nummer: Bfk: Postleitzahl:

Ort:

Land:

Geben Sie hiermit Ihrem Buchhalter oder Steuerberater eine Vollmacht, um Ihre Akte zu verwalten? ja nein

Falls ja, können wir ihm direkt die Beitrittsbescheinigungen, Steuerbescheinigungen,... zusenden.

Die an Securex weitergegebenen Daten werden von den Einheiten innerhalb der Securex-Gruppe in Übereinstimmung mit dem Gesetz vom 8. Dezember 1992 zum Schutz der Privatsphäre weiterverarbeitet, je nach Einheit zu einem oder mehreren der folgenden Zwecke: Verwaltung von Arbeitsunfallversicherungen und anderen Versicherungen, Ausübung von vorbeugenden Gesundheits und Wohlfahrtskontrollmaßnahmen für Arbeitnehmer, Arbeitsvermittlung, Administration von Anspruchsberechtigten bezüglich sozialer Sicherheit, Patientenregistrierung im Rahmen der Ausübung von medizinischer Kontrolle bei Arbeitsunfähigkeit, Öffentlichkeitsarbeit und direkte Vermarktung. Die vollständige Liste der Einheiten kann auf www.securex.be eingesehen oder auf Bitten zugesandt werden. Detailliertere Informationen zur Datenverarbeitung durch eine spezielle Einheit können bei den unten stehenden Stellen angefordert werden oder im öffentlichen Register der Kommission zum Schutz der Privatsphäre eingesehen werden. Der Versicherungsnehmer hat kostenlos das Recht auf Einsicht und Verbesserung hinsichtlich seiner persönlichen Daten und das Recht, sich der Verwendung seiner persönlichen Daten für eine direkte Vermarktung zu widersetzen. Diese Rechte können in Anspruch genommen werden durch Kontakt mit: Securex- Compliance Officer, Cours Saint-Michel 30, 1040 Bruxelles oder über E-Mail an: privacy@securex.be.



Securex Integrity

Freie Sozialversicherungskasse für Selbständige

Gesellschaft ohne Erwerbszweck. Genehmigt lt K.E. vom 23.10.1967 - RJP Brüssel

Gesellschaftssitz: avenue de Tervueren 43 - 1040 Brüssel - Unternehmensnummer : 0409.861.127



Erklärung / Unterschrift

- Ich wünsche, dass meine vorläufigen Beiträge bei Beginn der Tätigkeit berechnet werden aufgrund (1)
des gesetzlichen Minimums eines geschätzten Jahreseinkommens von
EUR
- Ich bin informiert, dass jede falsche oder unkorrekte Angabe gesetzlich strafbar ist.
- Ich bestätige, einerseits, dass ich darüber informiert bin, dass es Verwaltungskosten gibt, wie diese Verwaltungskosten gerechnet werden, und welche Dienste infolge dessen in Anwendung des Artikels 20,§4 des königlichen Erlasses vom 27. Juli 1967 beansprucht werden können.
- Ich bestätige, andererseits, dass ich über die vorläufigen Beiträge und deren Regularisierung in Anwendung des Artikels 41bis des königlichen Erlasses vom 19. Dezember 1967 informiert bin.
- Ich erkläre, dass die Angaben auf diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu sind und dass ich mich an Ihre Sozialversicherungskasse anschließe.
- Ich verpflichte mich, meiner Sozialversicherungskasse jegliche Änderung der auf diesem Formular gemachten Auskünfte innerhalb von 14 Tagen Mitzuteilen (gesetzliche Auflage).
- Ich wurde über Folgendes informiert :
 - jede natürliche Person, die in Belgien eine berufliche Tätigkeit als Selbständige ausübt, muß sich spätestens am Tag, an dem sie ihre selbständige Tätigkeit beginnt, anschließen;
 - der Selbständige muß alle seine Tätigkeiten bei der Zentralen Unternehmensdatenbank eintragen;
 - werden diese Verpflichtungen nicht eingehalten, wird eine Verwaltungsstrafe auferlegt;
 - juristische Personen haften solidarisch mit ihren Teilhabern oder Mandataren für die Zahlung der Verwaltungsstrafe.

UMMELDEERKLÄRUNG

Der Unterzeichnete

Name

Vornamen

Beruf

Geburtsdatum

wohnhalt zu

, gesetzmäßiges Mitglied laut Gesetz vom 30.12.92 der Sozialversicherungskasse (1):

unter Nummer

erklärt ausdrücklich von der erwähnten Sozialversicherungskasse auszuscheiden und bei SECUREX INTEGRITY beizutreten(1)

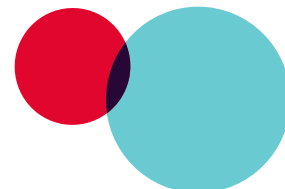
Datum:

Unterschrift: (versehen mit den Worten "gelesen und genehmigt") (2)

(1) Name und Adresse der Sozialversicherungskasse angeben

(2) Das Datum, die Unterschrift und die Worte "gelesen und genehmigt"

müssen von Hand des Versicherten geschrieben werden.



ARBEITSBESCHEINIGUNG

Der Arbeitgeber:

Adresse:

L.S.S. (ONSS) Nummer:

bescheinigt hiermit, daß

Adresse

seit dem

bis

Handelt es sich um eine Ganztagsstelle?

JA

NEIN

Falls NEIN :

- Als Arbeitnehmer, Anzahl Stunden pro Woche?
- Im öffentlichen Dienst, Anzahl Monate im Jahr? .

und Anzahl Stunden pro Woche?

- Als Lehrperson, Anzahl Stunden pro Woche?

Wieviele Stunden werden im gleichen Betrieb oder Tätigkeitssektor für eine Ganztagsstelle verlangt?

Der (die) Betroffene unterliegt einer PFLICHTVERSICHERUNG (mit Zahlung von Pflichtbeiträgen) in Sachen:

- Altersrente

JA

NEIN

- Kinderzulagen

JA

NEIN

- Krankheits- und Invaliditätsversicherung

JA

NEIN

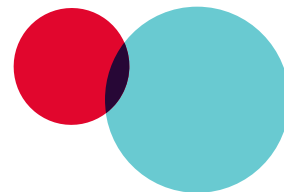
Zu

den

STEMPEL

Unterschrift

(*) Zutreffendes bitte ankreuzen



CHECKLIST

Ich verpflichte mich, meiner Sozialversicherungskasse jegliche Änderung der auf diesem Formular gemachten Auskünfte innerhalb von 14 Tagen mitzuteilen (gesetzliche Auflage).

Bitte eine Bescheinigung Ihres Arbeitgebers beifügen, in der Ihre wöchentliche Arbeitszeit, die Art Ihrer Tätigkeit, das Anfangsdatum präzisiert wird, sowie die Anzahl Stunden, die für eine Ganztagsstelle im gleichen Betrieb oder Tätigkeitsbereich verlangt werden.

EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Warum wählen Sie nicht diese praktische Zahlungsweise? Die Einzugsermächtigung birgt zahlreiche Vorteile.

Sicherheit

Sie laufen keine Gefahr mehr, die Beitragszahlungen zu vergessen und vermeiden somit eine Beitragserhöhung.

Debetdatum

Die Quartalsbeiträge (sowie die Berichtigungen) werden automatisch um den 20. des letzten Monats des Quartals eingezogen.

Flexibilität

Eine Einzugsermächtigung kann jederzeit widerrufen werden. Wenn Sie Interesse haben, dann reichen Sie die Einzugsermächtigung bei Ihrer Bank ein.

SEPA LASTSCHRIFT-MANDAT BUSINESS TO CUSTOMER (CORE)

Securex Integrity
Freie Sozialversicherungskasse für Selbstständige VoG
Verenigde-Natieslaan 1
9000 Gent
Creditor – ID : BE57ZZZ0409861127

Ich ermächtige/ Wir ermächtigen (A) Securex Integrity, Freie Sozialversicherungskasse für Selbstständige VoG, Zahlungen von meinem/ unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein/ weisen wir unser Kreditinstitut an, die von Securex Integrity, Freie Sozialversicherungskasse für Selbstständige VoG auf mein/ unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann/ wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem/ unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Meine/ Unsere Rechte zu diesem Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich/ wir bei meinem/ unserem Kreditinstitut anfordern kann/ können.

Identifikation des Zahlungspflichtigen (vom Zahlungspflichtigen auszufüllen)

Name

Nationalregisternummer

Anschrift Straße Nr. Bus
Postleitzahl Ort

IBAN des
Zahlungspflichtigen
BIC Bankleitzahl des
Zahlungspflichtigen
(maximal 11 Zeichen)

Mandatsreferenz (vom Gläubiger auszufüllen)

Name

Anschrift Straße Nr. Bus
Postleitzahl Ort

Mandatsreferenz

Zahlungsart wiederkehrende einmalige Lastschrift

Name, datum und Unterschrift des Zahlungspflichtigen:

Name

Ort

Datum

Unterschrift ⁽¹⁾

(1) Dieses Mandat muss an des Gläubigen zurückgesandt werden.



Mitteilung an den Kontoinhaber

1. Die Zahlung erfolgt nur bei ausreichender Provisionierung des Kontos.
2. Es ist möglich, dass Ihnen in den kommenden Tagen noch Rechnungen zur Zahlung zugestellt werden.

Diese Rechnungen müssen auf herkömmliche Weise beglichen werden.

3. Jede Partei hat das Recht, diese Einzugsermächtigung zu kündigen.

Wenn Sie diese Einzugsermächtigung selbst widerrufen möchten, müssen Sie sich an Securex Integrity wenden.

Der Widerruf tritt spätestens 10 Werktage nach dem Einreichen des Kündigungsantrags in Kraft.

Wird die Einzugsermächtigung vom Gläubiger gekündigt, informiert dieser den Schuldner der Rechnungen.