

INFORMATIONSFORMULAR ÜBERBRÜCKUNGSRECHTE

Bitte füllen Sie dieses Formular aus, unterschreiben und datieren Sie es. Senden Sie es per Einschreiben an Integrity, Verenigde-Natieslaan 1, 9000 Gent oder geben Sie es persönlich gegen Empfangsbestätigung im Büro Ihrer Sozialversicherungskasse ab.

Teil 1 - Allgemeine Informationen zum Antragstell

A. Identifikationsdaten

Name

Vorname

Nummer des Nationalregisters
(siehe Ihren Personalausweis)

Hauptwohnung in Belgien (falls abweichend von Ihrem Hauptwohnsitz)

Straße

Nr.

Bus

Postleitzahl

Stadt oder Gemeinde

E-Mail-Adresse

T: +32

M: +32

Bankkontonummer auf den Namen von

IBAN BE

BIC

B. Familiäre Situation

Haben Sie mindestens eine Person, für die Sie bei Ihrer Krankenkasse unterhaltspflichtig sind?

Nein

Ja: (Zutreffendes ankreuzen)

Ehepartner/In

Zusammenwohnende(r)

Elternteil

Großelternteil

Kind

Andere (bitte angeben):

→ **Achtung:** Wenn JA, lassen Sie die **Bescheinigung (Anlage 1)** bitte von Ihrer Krankenkasse ausfüllen. Diese Bescheinigung ist erforderlich, um das erhöhte Überbrückungsgeld zu erhalten.

→ **Ändert sich Ihre familiäre Situation?** Informieren Sie umgehend Ihre Sozialversicherungskasse.

C. Sozioprofessionelle Situation - Berufliche Tätigkeit

Haben Sie Ihre selbständige Erwerbstätigkeit vorübergehend unterbrochen oder endgültig aufgegeben?

Ich habe jede selbständige Tätigkeit **vorübergehend eingestellt**.

→ **Achtung:** Wenn Sie Ihre selbständige Tätigkeit dennoch endgültig aufgeben, wenden Sie sich bitte so bald wie möglich an Ihre Sozialversicherungskasse, um eine Erklärung über die Beendigung Ihrer Tätigkeit abzugeben.

Ich habe meine selbständigen Tätigkeiten **endgültig aufgegeben**. Wenn ja, haben Sie sich bereits offiziell abgemeldet?

Nein

Ja

→ **Achtung:** Wenn Sie Ihre selbständige Tätigkeit offiziell aufgegeben haben, wenden Sie sich so bald wie möglich an Ihre Sozialversicherungskasse, um eine Erklärung über die Beendigung Ihrer Tätigkeit abzugeben.

Haben Sie seit der Beendigung oder Unterbrechung Ihrer selbständigen Erwerbstätigkeit eine berufliche Tätigkeit ausgeübt?

Nein

Ja, da

seit (bitte angeben):

Sind Sie Bevollmächtigter/aktiver Teilhaber einer oder mehrerer anderen Gesellschaften als der von der Unterbrechung/Beendigung betroffenen Gesellschaft(en)?

Nein

Ja, seit

Name des Unternehmens

Unternehmensnummer (oder Mehrwertsteuernummer)

Nein

Ja, seit

Name des Unternehmens

Unternehmensnummer (oder Mehrwertsteuernummer)

Nein

Ja, seit

Name des Unternehmens

Unternehmensnummer (oder Mehrwertsteuernummer)

D. Sozioprofessionelle Situation - Ersatzeinkommen

Beziehen Sie derzeit ein (belgische/ausländische) Ersatzeinkommen?

Nein

Ja: welche? (bitte ankreuzen, was passt)

Arbeitslosengeld unter jeglicher Bezeichnung (Eingliederungsgeld, Wartegeld usw.).

Pension

Arbeitsunfallentschädigungen
(zugelassenes Versicherungsunternehmen/FEDRIS)

Entschädigungen für Berufskrankheiten (FEDRIS)

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität

Andere (bitte angeben):

→ **Achtung:** Bitte legen Sie Ihrer Sozialversicherungskasse einen **Nachweis** über die Höhe Ihrer Ersatzleistung vor. Wenn sich die Höhe dieser Leistung ändert, müssen Sie Ihre Sozialversicherungskasse so schnell wie möglich darüber informieren. Dies wirkt sich auf die Höhe der Leistung aus dem Überbrückungsrecht aus, die Sie erhalten können.

Haben Sie eine (belgische/ausländische) Ersatzleistung beantragt?

Nein

Ja: welche? (bitte ankreuzen, was passt)

Arbeitslosengeld unter jeglicher Bezeichnung (Eingliederungsgeld, Wartegeld usw.).

Pension

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit oder Invalidität

Andere (bitte angeben):

→ **Achtung:** Bitte legen Sie Ihrer Sozialversicherungskasse einen **Nachweis** über die Höhe Ihrer Ersatzleistung vor. Wenn sich die Höhe dieser Leistung ändert, müssen Sie Ihre Sozialversicherungskasse so schnell wie möglich darüber informieren. Dies wirkt sich auf die Höhe der Leistung aus dem Überbrückungsrecht aus, die Sie erhalten können.

Füllen Sie den Abschnitt in Teil 2 aus, der auf Ihre Situation zutrifft (A oder B).

Teil 2 - Besondere Situation des Antragstellers (füllen sie bitte den zutreffenden Abschnitt aus)

Um das Überbrückungsrecht in Anspruch nehmen zu können, müssen Sie sich in einer der gesetzlich vorgesehenen Situationen befinden.

A. Überbrückungsrecht im Falle einer erzwungenen Unterbrechung/Beendigung

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie aufgrund einer der folgenden Situationen **gezwungen** waren, Ihre selbständige Tätigkeit zu unterbrechen oder aufzugeben.

Konkurs

Füllen Sie dieses Feld aus, wenn Sie persönlich in Konkurs gegangen sind.

Ich wurde persönlich für zahlungsunfähig erklärt am
durch das Gericht von

Ich wurde am _____ im Zusammenhang mit einem Konkurs strafrechtlich verurteilt
durch das Gericht von _____

Gegen mich ist ein Strafverfahren anhängig seit
vor dem Gericht von

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie Bevollmächtigter/aktiver Teilhaber eines insolventen Unternehmens sind.

Ich war Geschäftsführer, Direktor oder aktiver Teilhaber in einem am _____
durch das Gericht von _____ für insolvent
erklärten Unternehmen

- Name des Unternehmens

- Unternehmensnummer (oder Mehrwertsteuernummer)

Ich wurde am _____ im Zusammenhang mit einem Konkurs strafrechtlich verurteilt
durch das Gericht von _____

Gegen mich ist ein Strafverfahren anhängig seit
vor dem Gericht von

Naturkatastrophe

Ich war gezwungen, meine selbständige Tätigkeit aufgrund einer **Naturkatastrophe (einschließlich landwirtschaftlicher Katastrophen)** zu unterbrechen / beenden (ankreuzen, was passt)

Und dies von _____ (datum) bis _____ (geschätztes Wiederaufnahmedatum)

→ Fügen Sie diesem Formular alle Unterlagen des Versicherungsträgers, Sachverständigengutachten, Presseartikel, Fotos und sonstige Belege bei.

Feuer

Ich war gezwungen, meine selbständige Tätigkeit aufgrund einer **Feuers** zu unterbrechen / beenden (ankreuzen, was passt)

Und dies von (datum) bis (geschätztes Wiederaufnahmedatum)

- Fügen Sie diesem Formular alle Unterlagen des Versicherungsträgers, Sachverständigengutachten, Presseartikel, Feuerwehrberichte, Fotos und sonstige Belege bei.

Schaden

Ich war gezwungen, meine selbständige Tätigkeit aufgrund von **Schaden** meinen Geschäftsräumen und/oder meiner Geschäftsausstattung zu unterbrechen / einzustellen (ankreuzen, was passt)

Und dies von (datum) bis (geschätztes Wiederaufnahmedatum)

- Fügen Sie diesem Formular alle Unterlagen des Versicherungsträgers, Sachverständigengutachten, Presseartikel, Polizeiberichte, Fotos und sonstige Belege bei

Allergie

Ich war gezwungen, meine selbständige Tätigkeit aufgrund einer **Allergie** zu unterbrechen / einzustellen (ankreuzen, was passt)

- Lassen Sie die **ärztliche Bescheinigung (Anlage 2)** vom beratenden Arzt Ihrer Krankenkasse ausfüllen und diesem Formular beifügen.
- **Achtung:** Wenn Sie 12 Monate lang keine Arbeitsunfähigkeitsleistungen bezogen haben, haben Sie keinen Anspruch auf eine Überbrückungsleistung. Beantragen Sie in diesem Fall bei Ihrer Krankenkasse die Anerkennung Ihrer Arbeitsunfähigkeit aufgrund Ihrer Allergie.

Entscheidung eines dritten Wirtschaftsakteurs/Ereignis mit wirtschaftlichen Auswirkungen

Ich wurde gezwungen, meine selbständige Tätigkeit unabhängig von meinem Willen zu unterbrechen / einzustellen (ankreuzen, was passt) durch eine **Entscheidung** eines dritten Wirtschaftsakteurs oder durch ein **Ereignis** mit wirtschaftlichen Auswirkungen,

und dies von (datum) bis (geschätztes Wiederaufnahmedatum)

- Fügen Sie diesem Formular alle Dokumente bei, die den direkten Zusammenhang zwischen der Entscheidung/dem Ereignis und Ihrer Unterbrechung/Beendigung belegen können.

Gehen Sie zu Teil 3 "ehrenwörtliche Erklärung" und füllen Sie ihn aus.

B. Überbrückungsrecht bei Beendigung der Tätigkeit aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten

Füllen Sie dieses Formular aus, wenn Sie beschlossen haben, Ihre selbständige Tätigkeit aufgrund einer der folgenden Situationen, die auf **wirtschaftliche Schwierigkeiten** hinweisen, aufzugeben.

- **Achtung:** Sie müssen Ihre selbständige Tätigkeit offiziell eingestellt haben. Wenn Sie bei Ihrer Sozialversicherungskasse noch keine Beendigungserklärung eingereicht haben, müssen Sie Ihrem Antrag auf Überbrückungsrecht eine Erklärung über die Beendigung Ihrer Tätigkeit beifügen.

Ich erhalte zum Zeitpunkt der Beendigung meiner selbständigen Tätigkeit ein Eingliederungseinkommen.

Das Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige hat mir in den 12 Monaten vor dem Monat der Beendigung meiner Selbstständigkeit eine vollständige oder teilweise Befreiung gewährt.

Mein bruttonettoeinkommen liegt sowohl im Jahr meiner Beendigung als auch im Jahr davor unter der Mindestbeitragsgrenze. (Für Selbständige und mithelfende Person beträgt der Höchstbetrag für das Jahr 2026 17.374,08 euro für den mithelfenden Ehepartner 7.632,44 euro².)

- **Weisen Sie nach,** dass Ihr Einkommen aus dem Jahr der Beendigung der Erwerbstätigkeit und aus dem Jahr davor unter dem betreffenden Betrag liegt. Erläutern Sie jedes Dokument kurz und bündig (**Anhang 3**). Wenn es sich um Buchhaltungsunterlagen handelt, ist eine Erläuterung Ihres Buchhalters wünschenswert. Wenn Sie keinen Buchhalter haben, kommentieren Sie bitte jeden Beleg selbst.

- **Achtung:** Wenn Sie ein mithelfender Ehepartner oder mithelfende Person sind, fügen Sie bitte die erforderlichen Belege (mit Erläuterungen) bei, aus denen hervorgeht, dass das Einkommen des unterstützten Selbstständigen im Jahr Ihrer Beendigung und im Jahr davor **ebenfalls** unter dem Betrag liegt.

- **Achtung:** Sind Sie zum Zeitpunkt der Beendigung Ihrer selbständigen Tätigkeit als Geschäftsführer, Direktor oder Teilhaber in einem Unternehmen tätig? Nein Ja

Name des Unternehmens

Unternehmensnummer oder Mehrwertsteuernummer

Wenn dies der Fall ist, müssen Sie neben der Bedingung, dass Ihr Einkommen unter dem betreffenden Betrag liegt

(was Sie mit den erforderlichen Belegen in **Anhang 3** nachweisen müssen), noch weitere **zusätzliche** Voraussetzungen erfüllen. Sie können das Überbrückungsrecht also nur dann in Anspruch nehmen, wenn das **Liquidationsverfahren** Ihres Unternehmens eingeleitet wurde und wenn der **Vermögensvorteil**, den Sie aus dieser Liquidation erzielen, den Betrag von 34.748,16 Euro (für das Jahr 2026 geltender Betrag³) nicht übersteigt.

Um den Umfang dieser Vermögensvorteile zu bestimmen, stützt sich Ihre Sozialversicherungskasse auf die Bilanz des vorletzten abgeschlossenen Geschäftsjahres des Unternehmens, multipliziert mit dem Prozentsatz der Anteile, die Sie besitzen.

Besitzen Sie Anteile an dem Unternehmen?

Nein (belegen Sie dies mit einer Bescheinigung des Geschäftsführers / des geschäftsführendes Verwaltungsratsmitglied / des Liquidators oder mit einer ehrenwörtlichen Erklärung, wenn Sie der alleinige Geschäftsführer des Unternehmens sind).

Ja für % (begründen Sie dies mit entsprechenden Belegen). Wenn Sie keinen Prozentsatz angeben, wird davon ausgegangen, dass Sie alle Anteile (100 %) des Unternehmens besitzen.

Sollte sich die Lage Ihres Unternehmens zum Zeitpunkt der Antragstellung im Vergleich zum vorletzten abgeschlossenen Geschäftsjahr verschlechtert haben, legen Sie bitte die erforderlichen objektiven Angaben vor, aus denen hervorgeht, dass dieses Ergebnis auf wirtschaftliche Schwierigkeiten oder Schulden zurückzuführen ist, die sich negativ auf die Bilanzsumme ausgewirkt haben. Fügen Sie Ihrem Antrag die entsprechenden Nachweise bei (**Anhang 3**).

- **Achtung:** Stellt sich im Nachhinein heraus, dass das endgültig festgestellte Einkommen immer noch die gesetzlich vorgesehenen Mindestgrenzen übersteigt, erlischt der Anspruch auf das Überbrückungsrecht und müssen Sie die zu Unrecht bezogenen Leistungen an Ihre Sozialversicherungskasse zurückzahlen.

¹Dieser Betrag wird jährlich aktualisiert. ²Dieser Betrag wird jährlich aktualisiert. ³Dieser Betrag wird jährlich aktualisiert.

Teil 3 - Ehrenwörtliche Erklärung

- Ich erkläre, dass ich dieses Formular korrekt und wahrheitsgemäß ausgefüllt habe.
- Mir ist bekannt, dass mein Antrag ohne die geforderten Nachweise nicht bearbeitet werden kann.
- Ich verpflichte mich, meiner Sozialversicherungskasse jede Änderung der oben genannten Angaben unverzüglich mitzuteilen.
- Mir ist bekannt, dass diese Erklärung den erforderlichen Überprüfungen unterliegt.
- Mir ist bekannt, dass jede falsche oder unvollständige Angabe, die darauf zielt, zu Unrecht eine (höhere) Leistung zu erhalten, einen Verstoß gegen Artikel 233 des Sozialgesetzbuches darstellt und zur Rückforderung der zu Unrecht gezahlten Leistungen und zur Strafverfolgung führen kann.

Name

Vorname

Datum

Unterschrift:

Befinden Sie sich in einer komplizierten Lebensphase? Suchen Sie Ratschläge, wie Sie die Herausforderungen Ihres Lebens als Unternehmer meistern können? Entdecken Sie **unsere Seite zum psychischen Wohlbefinden** (securex.be/Selbständig-sein/Ihr-mentales-Wohlbefinden) mit konkreten Lösungen. Wir bei Securex sind da, um Sie bei jedem Schritt zu begleiten und zu unterstützen.

Achten Sie auf sich, denn Ihr Wohlbefinden ist der Schlüssel zu Ihrem Erfolg als Selbstständiger.

Anhang 1 - Bescheinigung der Krankenkasse

BESCHEINIGUNG ZUR FAMILIENLAST *(vom Versicherungsträger auszufüllen)*

Wir bestätigen hiermit, dass die/der Sozialversicherte(r)

Name

Vorname

Erkennungsnummer der sozialen Sicherheit (Nationalregisternummer)

unserer Organisation als Inhaber(in) angegliedert ist seit

mindestens eine Person zu Lasten hat, im Sinne von Artikel 123 des Königlichen Erlasses vom 3. Juli 1996 zur Ausführung des am 14. Juli 1994 koordinierten Gesetzes über die Gesundheitspflege- und Entschädigungspflichtversicherung, seit

Datum

Unterschrift und Stempel des Versicherungsträgers:

Diese Bescheinigung wird auf Antrag der betreffenden Person für ihren Sozialversicherungsfonds im Hinblick auf die Gewährung des Überbrückungsrechts ausgestellt, sofern alle Bedingungen gemäß dem Programmgesetz vom 26. Dezember 2022 erfüllt sind.

Anhang 2 - Ärztliche Bescheinigung über eine Allergie, die durch die Ausübung einer selbständigen Tätigkeit verursacht wurde (Überbrückungsrecht Selbständige)

Ärztliche Bescheinigung (vom beratenden Arzt des Versicherungsträgers)

Der/die Unterzeichnete, beratende(r) Arzt/Ärztin des Versicherungsträgers
bestätigt hiermit, dass

1. Herr Frau
an einer Allergie leidet, die durch die Ausübung seiner/ihrer spezifischen selbständigen Tätigkeit verursacht wird;
2. die Allergie mit der Ausübung dieser besonderen selbständigen Tätigkeit unvereinbar ist;
3. die Person nach der Ausschöpfung ihrer Ansprüche auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit während der Zeiträume der primären Arbeitsunfähigkeit (gemäß Artikel 6, 1° und 2°, des genannten Königlichen Erlasses vom 20. Juli 1971 zur Einführung der Leistungs- und Mutterschaftsversicherung zugunsten von Selbständigen und mitarbeitenden Ehepartnern) während des Zeitraums der Invalidität gemäß Artikel 6, 3°, des genannten Königlichen Erlasses vom 20. Juli 1971 nicht (mehr) anerkannt wird,
ab dem , und zwar in Ausführung der Entscheidung des medizinischen Invaliditätsrates
vom

Die Nichtanerkennung der Invalidität ergibt sich aus der Feststellung, dass der Betroffene in der Lage ist, eine (andere) berufliche Tätigkeit auszuüben, die ihm unter Berücksichtigung u. a. der Bedingung, des Gesundheitszustands und der Berufsausbildung gemäß Artikel 20 des genannten Königlichen Erlasses vom 20. Juli 1971 zugemutet werden kann.

Datum

Unterschrift und Stempel des beratenden Arztes:

Diese Bescheinigung wird auf Antrag der betreffenden Person für ihren Sozialversicherungsfonds im Hinblick auf die Gewährung des Überbrückungsrechts ausgestellt, sofern alle Bedingungen gemäß dem Programmgesetz vom 26. Dezember 2022 erfüllt sind.

Anhang 3 - Einstellung aufgrund wirtschaftlicher Schwierigkeiten - Angaben, die belegen, dass Ihr Einkommen unter der Mindestschwelle liegt

Erläuterungen zu nummerierten Dokumenten

(von Ihrem Buchhalter oder Ihnen selbst auszufüllen ⁴)

Beleg 1

Beleg 2

Beleg 3

Beleg 4

Beleg 5

Gesamtanzahl der beigefügten Dokumente:

Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Buchhalters (Vollmacht beifügen)

4. Wenn es sich um Buchhaltungsunterlagen handelt, wenn möglich von Ihrem Buchhalter ausfüllen lassen. Wenn Sie keinen Buchhalter haben, müssen Sie jeden Beleg selbst kommentieren.

WAS VERSTEHT MAN UNTER ÜBERBRÜCKUNGSRECHT?

- eine **finanzielle Leistung** bei einem Konkurs, einer kollektiven Schuldenregelung, einer Zwangsunterbrechung oder einer Einstellung der Tätigkeit infolge von wirtschaftlichen Schwierigkeiten;
- **sowie die Wahrung gewisser sozialen Rechte** (Rückerstattung der Gesundheitspflege, Entschädigung bei Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und Mutterschaft).

WELCHE BEDINGUNGEN MÜSSEN ERFÜLLT WERDEN, UM DAS ÜBERBRÜCKUNGSRECHT BEANSPRUCHEN ZU KÖNNEN?

Sie sind ein Selbstständiger, ein Gehilfe oder helfender Ehepartner und befinden sich in eine hiernach geschilderte Situation:

- Sie, oder die Gesellschaft in der Sie Geschäftsführer, Verwalter oder tätiger Teilhaber sind, wurden in **Konkurs** erklärt, oder
- Sie haben in den drei Jahren vor der Tätigkeitseinstellung eine **kollektive Schuldenregelung** erhalten, oder
- Sie **wurden gezwungen** Ihre selbstständige Tätigkeit, wegen einer Naturkatastrophe, eines Brandes, einer Zerstörung durch Dritten oder einer (berufsbedingten) Allergie **zu unterbrechen**, oder
- Sie haben **aufgrund von wirtschaftlichen Schwierigkeiten** Ihre selbstständige Tätigkeit offiziell **eingestellt** (Eingliederungseinkommen, der Beitragserlassungs-kommission / Das Landesinstitut der Sozialversicherungen für Selbständige. oder Einkommen unterhalb der Mindestgrenze für die Berechnung der Mindestbeiträge).

In allen Fällen:

- müssen sie Ihren Wohnsitz in Belgien haben,
- müssen Sie tatsächlich Sozialbeiträge (als hauptberuflicher Selbstständiger oder helfender Ehepartner) während mindestens vier Quartalen in den vier letzten Jahren gezahlt haben,
- dürfen Sie keine berufliche Tätigkeit mit dem Überbrückungsrecht kumulieren,
- dürfen Sie keinen Anspruch auf ein Ersatzeinkommen erheben können (Entschädigungen wegen Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosenunterstützungen, usw.).

Vorsicht: Für einen Überblick aller Bedingungen, wenden Sie sich an Securex.

WIE KANN DAS ÜBERBRÜCKUNGSRECHT BEANTRAGT WERDEN?

1. **Reichen Sie einen Antrag auf Überbrückungsrecht an unsere Sozialversicherungskasse ein.** Sie können den Antrag folgendermaßen einreichen:
 - per Einschreiben,
 - durch die Hinterlegung eines Antrags an einem unserer Schalter.

Vorsicht: Sie können keinen Antrag über normale E-Mail einreichen.

2. **Reichen Sie Ihren Antrag rechtzeitig ein!** Sie haben eine Frist von zwei Quartalen nach dem Quartal in dem das Ereignis stattfand (Feststellungsurteil des Konkurses, Einstellung im Falle einer kollektiven Schuldenregelung und wegen wirtschaftlichen Schwierigkeiten, sowie den Beginn der Unterbrechung bei einer Zwangsunterbrechung).
3. **Reichen Sie** das ausgefüllte und unterschriebene **Auskunftsformular**, zusammen mit den angefragten Belege **innerhalb von dreißig Tagen** nach Ihrem Antrag ein

Vorsicht: Ihr Antrag wird nicht bearbeitet, falls die Bescheinigungen, sowie die angefragten Dokumente nicht eingereicht werden.