

FRAGEBOGEN ÜBER DIE NEBENBERUFLICH AUSGEÜBTE SELBSTÄNDIGE TÄTIGKEIT -
(ART.100, §2, DES AM 14.07.1994 KOORDINIERTEN GESETZES)

VOM ARBEITNEHMER AUSZUFÜLLEN, DER EINE SELBSTÄNDIGE NEBENTÄTIGKEIT AUSÜBT
ODER BRINGEN SIE IHREN AUFKLEBER HIER AN

Name:
Vorname:
Nationalregisternummer:
Straße und Hausnummer:
PLZ und Gemeinde:
Versicherung auf Gegenseitigkeit:
Mitgliedsnummer:

Name Ihrer Sozialversicherungskasse (CAS):

IHRE BERUFLICHE TÄTIGKEIT ALS SELBSTÄNDIGER (VOR DER ARBEITSUNFÄHIGKEIT)

Selbstständige Tätigkeit (z. B. Bäcker, Arzt, Friseur):
..... seit: / /

BEENDIGUNG IHRER PERSÖNLICHEN SELBSTÄNDIGEN TÄTIGKEIT

Haben Sie Ihre persönliche Tätigkeit seit Beginn Ihrer Arbeitsunfähigkeit vollständig eingestellt?

Ja / Teilweise / Nein *

Wenn ja, seit wann? / /

Wenn teilweise, seit wann? / /

Welche Tätigkeit üben Sie noch aus und wie viel Zeit verbringen Sie damit? (in Tagen und Stunden)

.....
.....
.....

Hiermit versichere ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der vorliegenden Erklärung und dass ich die nachstehenden wichtigen Informationen zur Kenntnis genommen habe.

Datum: / /

Unterschrift:

1. Schicken Sie dieses Dokument schnellstmöglich an den Vertrauensarzt Ihrer Versicherung auf Gegenseitigkeit.
2. Die Inspektoren des Landesinstituts der Sozialversicherungen für Selbständige (LISVS) sind berechtigt, eine spontane Kontrolle vor Ort durchzuführen, entweder auf eigene Initiative oder auf Antrag des Vertrauensarztes Ihrer Versicherung auf Gegenseitigkeit.
3. Sollten sich während des Zeitraums Ihrer Arbeitsunfähigkeit Änderungen an den oben genannten Angaben ergeben, sind Sie verpflichtet, diese unverzüglich zu melden. Falsche oder unvollständige Erklärungen können gemäß den Bestimmungen des Königlichen Erlasses vom 31.5.1933 über die Erklärungen, die in Bezug auf Subventionen, Entschädigungen und Zuschüsse jeglicher Art abzugeben sind, welche ganz oder teilweise vom Staat zu zahlen sind, strafrechtliche Sanktionen nach sich ziehen. Falsche oder unvollständige Erklärungen oder die Verwendung solcher Erklärungen können gemäß dem Königlichen Erlass vom 10.1.1969 zur Anwendung einer Verwaltungssanktion führen, d.h. zum Ausschluss des Anspruchs auf Leistungen der Kranken- und Invaliditätsversicherung (Entschädigungen und/oder Gesundheitsleistungen).
4. Achtung! Wenn Sie Ihre selbständige Tätigkeit oder eine andere Tätigkeit (als Selbständiger, als Helfer oder in einer anderen Funktion) wieder aufnehmen wollen, während Sie weiterhin Entschädigungen wegen Arbeitsunfähigkeit beziehen, müssen Sie vorher eine Genehmigung beim Vertrauensarzt Ihrer Versicherung auf Gegenseitigkeit beantragen. Wenn Sie dies nicht tun, werden Ihnen die Entschädigungen verweigert, sobald Sie die nicht genehmigte Tätigkeit wieder aufnehmen. Außerdem dürfen Sie die Tätigkeit nicht vor dem vom Vertrauensarzt festgelegten Termin aufnehmen.



Senden Sie uns dieses ordnungsgemäß ausgefüllte Formular zur schnelleren Bearbeitung über die Tab «ein Dokument senden» unseres Online Schalter «MyMutualia». In diesem Fall ist das Original nicht mehr erforderlich.

In Übereinstimmung mit der Europäischen Verordnung zum Datenschutz vom 27. April 2016 („RGPD“) teilen wir Ihnen mit, dass wir Ihre Daten im Rahmen unserer Mission zur Teilnahme an der Durchführung der obligatorischen Kranken- und Haftpflichtversicherung unter der Verantwortung der UNMN (Nationaler Union der neutralen Krankenkassen), verantwortlich für die Bearbeitung der föderalen Angelegenheiten und der SMR der neutralen Krankenkassen, verantwortlich für die Bearbeitung der regionalen Angelegenheiten. Für weitere Informationen laden wir Sie ein, unsere Datenschutzerklärung zu konsultieren oder uns unter info@mutualia.be zu kontaktieren.

VERWALTUNGSSITZ
Place Verte, 41
4800 Verviers
Tél. 087 31 34 45

HAUPTSITZ
Bd Brand Whitlock, 87/93 bte 4
1200 Woluwe-Saint-Lambert
Tél. 02/733 97 40

info@mutualia.be
www.mutualia.be
BE47 3480 0300 8680