



UITKERINGSVERZEKERING VOOR ZELFSTANDIGEN VRAGENLIJST BETREFFENDE DE BEROEPSACTIVITEIT

Art. 63 van het koninklijk besluit van 20 juli 1971 : DOOR DE ZELFSTANDIGE IN TE VULLEN

Wegens uw aangifte van arbeidsongeschiktheid vraagt de adviserend arts van uw ziekenfonds u om deze vragenlijst in te vullen. De gegevens van deze vragenlijst laten toe om bij de evaluatie van uw arbeidsongeschiktheid de voorwaarde van stopzetting van elke (beroeps)activiteit te beoordelen.

Indien u problemen zou ondervinden bij het invullen van deze vragenlijst, aarzel dan niet om een beroep te doen op uw ziekenfonds, uw sociaal verzekeringsfonds of uw boekhouder.

BELANGRIJKE MEDEDELINGEN

1. Vul dit document in en stuur het zo snel mogelijk op aan de adviserend arts van uw ziekenfonds.

Als de beschikbare ruimte onvoldoende zou zijn of als u aanvullende informatie wil vermelden, kan u bijlagen toevoegen. Vermeld zeker op de laatste bladzijde van deze vragenlijst het aantal bijlagen dat u toevoegt en vermeld op de bijlage het nummer van de toepasselijke rubriek.

2. Opgelet! U kan enkel arbeidsongeschikt erkend worden als u uw persoonlijke zelfstandige activiteit volledig heeft stopgezet. Het louter verrichten van restaken (minieme activiteiten) zoals de facturatie van werkzaamheden verricht voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid, het contacteren van cliënteel om wegens de arbeidsongeschiktheid gemaakte afspraken te verplaatsen of annuleren, ... , is wel nog mogelijk. Bovendien mag u geen andere beroepsbezigheid uitoefenen, hetzij als zelfstandige of als helper, hetzij in een andere hoedanigheid (bijvoorbeeld als werknemer).

Indien u na de erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend arts gedeeltelijk de activiteit wil hervatten, moet u deze werkhervatting aangeven en de toelating aan de adviserend arts vragen ten laatste op de eerste werkdag die onmiddellijk voorafgaat aan de werkhervatting.

3. De sociaal inspecteurs van het Rijksinstituut voor de Sociale Verzekeringen der Zelfstandigen (RSVZ) zijn gemachtigd om een controle ter plaatse uit te voeren (op het thuisadres of op de zetel van de onderneming).
4. Wanneer er zich tijdens uw arbeidsongeschiktheid wijzigingen zouden voordoen in de gegevens die u via deze vragenlijst heeft verstrekt, moet u die wijzigingen onmiddellijk meedelen.
5. Opgelet! Indien u wegens uw arbeidsongeschiktheid de activiteit van uw onderneming tijdelijk of definitief volledig moet stopzetten, kan u bij uw sociaal verzekeringsfonds een aanvraag tot gelijkstelling van de periodes van arbeidsongeschiktheid indienen. Op die manier behoudt u al uw rechten als zelfstandige (pensioen, kinderbijslag, ...) en moet u geen sociale bijdragen betalen. U dient die aanvraag tot gelijkstelling zelf bij uw sociaal verzekeringsfonds in te dienen.
6. U kan op elk moment spontaan contact opnemen met de terug-naar-werkcoördinator van uw ziekenfonds om u bij te staan in het kader van een traject van sociaalprofessionele re-integratie.

ORANJE KLEEFBRIEFJE

1. IDENTIFICATIE

- ☐ Identificatienummer van het rijksregister:
- ☐ Benaming van uw sociaal verzekeringsfonds (SVF):
- ☐ Uw rekeningnr. voor de uitbetalingen:

□□□□ □□□□ □□□□ □□□□

2. IDENTIFICATIE ONDERNEMING(EN) NET VOOR UW ARBEIDSONGESCHIKTHEID

2.1) Gebeurde de activiteit van de onderneming

- a) in **eigen naam als zelfstandige?** ☐ ja / ☐ nee ^(*)
 Indien u ja heeft geantwoord, vul onderstaande tabel in:

KBO-nummer	Beschrijving van de onderneming (activiteiten, aard, oppervlakte, ...)	Adres waar de persoonlijke activiteit wordt uitgeoefend	Aantal andere personen betrokken bij de onderneming (statuut)
			1. werknemers:
			2. meewerkende echtgeno(o)t(e) / helpers:.....
			3. andere regelmatig actief betrokken personen (vaste aannemers, consultants, freelancers, ...):

(*) Schrapen wat niet past

b) als meewerkende echtgeno(o)t(e)? ☐ja/☐nee^(*)

Indien u ja heeft geantwoord, vul onderstaande tabel in:

Beschrijving van de onderneming (activiteiten, aard, oppervlakte, ...)	Adres waar de persoonlijke activiteit wordt uitgeoefend

c) als helper? ☐ja/☐nee^(*)

Indien u ja heeft geantwoord, vul onderstaande tabel in:

KBO-nummer geholpene of identiteit geholpene (indien KBO- nummer niet gekend is)	Beschrijving van de onderneming (activiteiten, aard, oppervlakte, ...)	Adres waar de persoonlijke activiteit wordt uitgeoefend

(*) Schrapen wat niet past.

d) in een vennootschap? ☐ ja/nee ^(*)

Indien u ja heeft geantwoord, vul onderstaande tabel in:

KBO-nummer	Beschrijving van de onderneming (activiteiten, aard, oppervlakte, ...)	Adres waar de persoonlijke activiteit wordt uitgeoefend	Aantal andere personen betrokken bij de onderneming (statuut)
			1. werknemers:
			2. werkende vennoten / mandatarissen (zaakvoerders, bestuurders, ...):...
			3. andere regelmatig actief betrokken personen (vaste aannemers, consultants, freelancers, ...):...
			1. werknemers:
			2. werkende vennoten / mandatarissen (zaakvoerders, bestuurders, ...):...
			3. andere regelmatig actief betrokken personen (vaste aannemers, consultants, freelancers, ...):...

(*) Schrapen wat niet past.

2.2) Oefent/oefende u ook een activiteit(en) uit in het buitenland? ☐ ja/nee ^(*)

Indien u ja heeft geantwoord, kruis uw hoedanigheid aan en beschrijf deze activiteiten:

- ☐ als zelfstandige ☐ als werknemer ☐ andere

Beschrijf hieronder zo volledig mogelijk die activiteit(en), de onderneming en telkens het adres waar die activiteit(en) wordt/worden uitgeoefend.

.....

.....

.....

.....

.....

**3. OMSCHRIJVING VAN DE PERSOONLIJKE ACTIVITEIT/TAKEN IN DE ONDERNEMING(EN):
ONMIDDELIJK VOOR DE AANVANG VAN UW ARBEIDSONGESCHIKTHEID**

Opgelet! Om de adviserend arts toe te laten zijn beslissing te nemen, is noodzakelijk om uitgebreid te beschrijven waaruit alle persoonlijke zelfstandige beroepsactiviteiten binnen de onderneming(en) voor de aanvang van de arbeidsongeschiktheid bestaan.

Beschrijf hierna uw persoonlijke zelfstandige beroepsactiviteit(en) (lichamelijke of intellectuele taken of enkel leidinggevende activiteit of beheersactiviteit, met aanduiding van de gemiddelde tijdsbesteding) :

.....

.....

.....

.....

.....

(*) Schrappen wat niet past.

4. OMSCHRIJVING VAN DE PERSOONLIJKE ACTIVITEIT/TAKEN IN DE ONDERNEMING(EN):
NA DE AANVANG VAN UW ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Heeft u elke persoonlijke zelfstandige activiteit stopgezet? **ja/nee** (*)

4.1.) **Zo ja**, - sinds wanneer?

- -

- heeft u ondertussen uw persoonlijke zelfstandige activiteit(en) hervat? **ja/nee** (*)

→ **Zo ja**, - sinds wanneer?

- -

- welke taken van uw persoonlijke zelfstandige activiteit(en) heeft u hervat?

.....
.....

- hoeveel tijd besteedt u hieraan gemiddeld (dagen, uren)?

.....
.....

4.2.) **Zo neen**, - welke taken van uw persoonlijke zelfstandige activiteit(en) bent u blijven uitoefenen?

.....
.....

- hoeveel tijd besteedt u hieraan gemiddeld (dagen, uren)?

.....
.....

4.3) Heeft het optreden van uw arbeidsongeschiktheid geleid tot een aanpassing of andere wijzigingen in uw onderneming(en)? Indien ja, welke en verduidelijk per onderneming?

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

(*) Schrappen wat niet past.

5. ANDERE (BEROEPS)ACTIVITEIT(EN) NAAST DE ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT(EN)

Oefende u vóór het optreden van de arbeidsongeschiktheid naast uw zelfstandige activiteit nog andere (beroeps)activiteiten uit?

Indien u ja heeft geantwoord, beantwoord hierna de volgende vragen:

- 5.1) Welke activiteit(en) oefende u precies uit? (omschrijving van uw activiteit en hoedanigheid, bv. als loontrekkende, ambtenaar, politiek mandaat, vrijwilligerswerk,.... en sinds wanneer?)

Omschrijving activiteit	Van (XX/XX/XXXX)	Tot (XX/XX/XXXX)
1)		
2)		
3)		

(*) Schrappen wat niet past

5.2) Heeft u deze andere (beroeps)activiteiten stopgezet? ☐ ja/☐ nee ^(*)

→ Zo ja, sinds wanneer?

--

→ Zo neen, omschrijf welke activiteit(en) u vandaag verder (gedeeltelijk) uitoefent en vermeld telkens de datum sinds wanneer u die activiteit verder uitoefent:

<i>Sinds welke datum oefent u die activiteit verder uit?</i>	<i>Uitvoerige omschrijving van de taken die u voortzet en de precieze tijdsbesteding (dagen en uren)</i>
1)	
2)	
3)	

(*) Schrappen wat niet past

6. ANDERE OPMERKINGEN

.....

.....

.....

.....

Ik bevestig op erewoord dat deze verklaring correct en volledig is, en dat ik kennis genomen heb van de bijgevoegde belangrijke mededelingen.

Aantal bijlagen bij deze vragenlijst:

☐☐

Datum:	Handtekening:

Ik ben ervan op de hoogte dat een valse, onjuiste of onvolledige aangifte met een administratieve of een strafrechtelijke sanctie kan worden bestraft (artikel 233 Sociaal Strafwetboek).

Valse of onvolledige verklaringen of het gebruik van valse bescheiden kunnen aanleiding geven tot het toepassen van een administratieve sanctie die een uitsluiting van het recht op prestaties van de uitkerings- en moederschapsverzekering gedurende een welbepaalde duur overeenkomstig het koninklijk besluit van 20 juli 1971 inhoudt.

Uw ziekenfonds vraagt u deze gegevens voor de uitvoering van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen (gecoördineerde wet van 14 juli 1994 en koninklijk besluit van 20 juli 1971). Dit document kan eveneens worden meegedeeld aan het RSVZ.

In toepassing van de regelgeving inzake de verwerking van persoonsgegevens heeft u recht op inzage en verbetering van uw persoonsgegevens. Indien u van dit recht gebruik wil maken, moet u schriftelijk uw ziekenfonds contacteren. Voor meer informatie over de verwerking van deze gegevens kunt u de Gegevensbeschermingsautoriteit contacteren.