Vlaams & Neutraal Ziekenfonds
www.vnz.be

Hoogstratenplein 1 – 2800 Mechelen
Antwerpsestraat 145 – 2500 Lier

Naam: ……
Straat en nummer:……
Postcode en gemeente: ……
(of indien reeds aangesloten: groene kleefzegel)

E-post: ledenbeheer@vnz.be
Telefoon: 015 – 36 90 40

VERKLARING VAN ONDERWERPING
AAN DE VERPLICHTE ZIEKTE – EN INVALIDITEITSVERZEKERING

A. LOONTREKKENDE: IN TE VULLEN DOOR DE WERKGEVER

Ondergetekende verklaart dat bovenvermeld persoon in zijn dienst is sedert |__|__|__|2|0|__|__|
en onderworpen is aan de Belgische Sociale Zekerheid in toepassing van de wet van 27/06/1969 tot herziening van de besluitwet van 28/12/1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders in de hoedanigheid van (1):

- ❑ arbeider
- ❑ bediende
- ❑ andere beroepssporter
- ❑ vast benoemd ambtenaar – openbare sector
- ❑ hoofdarbeider in beschutte werkplaats
- ❑ handarbeider in beschutte werkplaats
- ❑ wielrenner
- ❑ andere:……..

Hij / Zij werkt: (1) ❑ voltijds ❑ in vast verband ❑ in tijdelijk verband ❑ deeltijds

Naam en adres werkgever: ……

……..

R.S.Z.–nr van de werkgever |__|__|__| |__|__|__|__|__|__|__| |__|__|

B. WERKLOZE: IN TE VULLEN DOOR DE H.V.W. OF DE VAKBOND

Bovenstaande persoon bezit sinds |__|__|__|2|0|__|__| de hoedanigheid van: (1)

- ❑ gecontroleerde werkloze
- ❑ werknemer die huishoudelijke arbeid verricht

C. ZELFSTANDIGE: IN TE VULLEN DOOR HET SOCIAAL VERZEKERINGSFONDS

Voorgenoemde persoon is onderworpen aan de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering bij toepassing van het koninklijk besluit nr 38 van 27 juli 1967 houdende inrichting van het sociaal statuut der zelfstandigen en is bij ons sociaal verzekeringsfonds aangesloten sinds |__|__|__|2|0|__|__|

De zelfstandige activiteit nam aanvang op: |__|__|__|2|0|__|__|

(1) de passende vermelding aanduiden
(2) stempel en handtekening van de werkgever, de H.V.W. of de vakbond of het sociaal verzekeringsfonds

Datum: |__|__|__|2|0|__|__|

Stempel en handtekening (2):