

Vlaams & Neutraal Ziekenfonds

Hoogstratenplein 1

2800 MECHELEN

Tel. 03 491 09 80
uitkeringen@vnz.be

**VERKLARING BETREFFENDE DE IN HET KADER VAN DE
UITKERINGSVERZEKERING EN DE
MOEDERSCHAPSUITKERING VOOR ZELFSTANDIGE
GESTELDE VOORWAARDEN VAN VERZEKERING**

Moet onverwijld worden afgegeven aan uw ziekenfonds.

In te vullen door de verzekeringsinstelling

Betreft,

Naam:

Voor naam:

Adres:

Rijksregisternummer:

Ziekte/ongeval/bevallingsrust van 20

In te vullen door het sociaal verzekeringsfonds

Naam en nummer van het sociaal verzekeringsfonds:

Adres:

Inschrijvingsnummer sociale kas:

Activiteitscodenummer van de zelfstandige:

**Duid aan of de betrokkene voor de volgende kwartalen in orde is met de sociale bijdragen.
(Bijdragen inderdaad betaald of volledige vrijstelling van bijdragebetaling.)**

<input type="checkbox"/>	Kwartaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	neen ⁽¹⁾	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Kwartaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	neen ⁽¹⁾	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Kwartaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	neen ⁽¹⁾	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Kwartaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>	neen ⁽¹⁾	<input type="text"/>

(1) Duid aan of er een aanvraag voor vrijstelling van bijdragebetaling is ingediend, die nog altijd aanwezig is bij de Commissie bijdragevrijstellingen

Naar waarheid opgemaakt

Te _____ op ___ / ___ / _____ .

Handtekening en stempel