

## ERKLÄRUNG DES PARTNERS<sup>1</sup> IN ANWENDUNG DES ARTIKELS 7<sup>bis</sup> DES KÖNIGLICHEN ERLASSES Nr. 38

---

### 1. IDENTIFIZIERUNGSDATEN

#### A. Personalien

Nummer Im Nationalregister : .....

Name: .....

Vorname: .....

#### B. Postanschrift (nur wenn abweichend von der Adresse Ihres Hauptwohnsitzes):

Straße: ..... Nr.:..... Briefkasten: .....

Postleitzahl: ..... Gemeinde: ..... Land: .....

#### C. Kontaktinformationen

Tel.: ...../..... Fax: ...../.....

E-Mail: .....

---

### 2. IDENTIFIZIERUNGSDATEN IHRES PARTNERS

Nummer Im Nationalregister : .....

Name: .....

Vorname: .....

Beitrittsnummer bei unserer Sozialversicherungskasse: .....

---

### 3. ORGANIGRAMM

Sie sind der Partner des/der obenerwähnten Selbständigen.

Kreuzen Sie bitte im nachstehenden Schema die Felder an, die Ihrer Situation entsprechen :

---

<sup>1</sup> Unter « Partner » versteht man die Person, die mit einem/einer Selbständigen verheiratet ist oder die Person, die mit einem/einer Selbständigen gesetzlich zusammenwohnt.

Sind Sie der Helfer/die Helferin Ihres/Ihrer Ehepartners/Ehepartnerin oder der Person, mit der Sie gesetzlich zusammenwohnen?  
(Ein Helfer/eine Helferin ist die Person, die einem/einer Selbständigen bei seiner/Ihrer selbständigen Berufstätigkeit regelmäßig und/oder mindestens neunzig Tage jährlich beisteht oder ihn/sie dabei ersetzt)

Ja

Nein

Üben Sie eine eigene Berufstätigkeit aus (als Arbeitnehmer(in), als Beamter/Beamtin im öffentlichen Dienst oder als Selbständige(r)) oder beziehen Sie ein Ersatz Einkommen (Pension, Zeitkredit, Arbeitslosengeld, Frühpension, Vergütung wegen Krankheit/Invalidität)?

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich meinem Ehepartner/meiner Ehepartnerin (bzw. meinem/meiner gesetzlich Zusammenwohnenden) bei der Ausübung seiner/ihrer selbständigen Berufstätigkeit nicht beistehe, und ihn/sie dabei nicht ersetze, es sei denn ganz gelegentlich.  
Das Statut des/der mithelfenden Ehepartners/Ehepartnerin gilt nicht für Ihre Situation.

Ja

Nein

Ist Ihr Ehepartner/Ihre Ehepartnerin (bzw. gesetzlich Zusammenwohnende(r)) Unternehmensleiter/in?

Ja

Nein

Das Statut des/der mithelfenden Ehepartners/Ehepartnerin gilt nicht für Ihre Situation.

Sie sind an das Statut des/der mithelfenden Ehepartners/Ehepartnerin angeschlossen. Sind Sie vor dem 1. Januar 1956 geboren?

Ja

Nein

Sie haben die Wahl zwischen 2 Optionen

Ich trete der Sozialversicherungskasse meines/meiner Ehegatten/Ehegattin (bzw. meines/meiner gesetzlich Zusammenwohnenden) bei.

Erste Option

Zweite Option

Ich entscheide mich für die freiwillige Anschließung an das ganze Statut der Selbständigen (gegen Bezahlung der geschuldeten Beiträge genießen Sie Leistungen in Sachen Pensionsversicherung, Kinderzulagen sowie Kranken- und Invalidenversicherung)

Ich entscheide mich lediglich für die Pflicht-Anschließung an die Versicherung gegen Arbeitsunfähigkeit (gegen Bezahlung der geschuldeten Beiträge genießen Sie Leistungen in Sachen Pensionsversicherung, Kinderzulagen sowie Kranken- und Invalidenversicherung)

---

#### **4. ERKLÄRUNG DES UNTERZEICHNERS**

---

Ich bin informiert, dass jede falsche oder unkorrekte Angabe gesetzlich strafbar ist.

Ich bestätige, einerseits, dass ich darüber informiert bin, dass es Verwaltungskosten gibt, wie diese Verwaltungskosten gerechnet werden, und welche Dienste infolge dessen in Anwendung des Artikels 20,§ 4 des königlichen Erlasses vom 27. Juli 1967 beansprucht werden können.

Ich bestätige, andererseits, dass ich über die vorläufigen Beiträge und deren Regularisierung in Anwendung des Artikels 41bis des königlichen Erlasses vom 19. Dezember 1967 informiert bin.

Ich erkläre, dass die Angaben auf diesem Formular vollständig und wahrheitsgetreu sind und dass ich mich an Ihre Sozialversicherungskasse anschließe.

Ausgestellt zu ..... am ... / ... / ....

(Unterschrift)

Anzahl Anlagen:

*Bewahren Sie eine Kopie dieses ausgefüllten Formulars und vergessen Sie nicht, eventuelle Anlagen beizufügen.*

*Denken sie bitte daran, dass Sie gesetzlich dazu verpflichtet sind, uns innerhalb von zwei Wochen alle Änderungen bezüglich der obenerwähnten Informationen mitzuteilen.*

*Die Angaben, die von Ihnen erbeten werden, werden ausschließlich dazu benutzt, Ihre Sozialversicherungsakte zu behandeln.*

*Sie haben das Recht, diese Angaben einzusehen und eventuell abändern zu lassen.*