



Openingsuren

Bezoek enkel mogelijk na telefonische afspraak

Maandag - donderdag:
8u30 tot 12u · 13u tot 17u
Vrijdag:
8u30 tot 12u · 13u tot 16u

Onze website

www.nationale-hulpkas.be

Aanvraagformulier overbruggingsrecht in geval van onderbreking omwille van "quarantaine"

Wet van 22 december 2016 houdende invoering van overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen.

Stuur ons dit formulier (ingevuld, ondertekend en gedateerd) terug per mail of per brief.

Identificatiegegevens

Uw rijksregisternummer (op de achterkant van uw identiteitskaart):

□□.□□.□□-□□□.□□

Voornaam:

Naam:

E-mailadres: T: +32

Contactadres (indien verschillend van uw hoofdverblijfplaats):

Straat: Nr. Bus

Postcode: Plaats:

Post- of bankrekeningnr. (IBAN) : BE□□ □□□□ □□□□ □□□□

op naam van

Gezinssituatie

Hebt u minstens één persoon ten laste bij uw ziekenfonds (echtgeno(o)t(e), samenwonende, ouder, grootouder, kind,...)?

Neen

Ja

➤ Opgelet: indien JA, laat uw ziekenfonds dan het attest (in bijlage) invullen. Dit attest is noodzakelijk om de verhoogde uitkering overbruggingsrecht te krijgen.

➤ **Wijzig uw situatie?** Breng ons hier dan zo vlug mogelijk van op de hoogte.

Socio-professionele situatie

Beroepsactiviteit

Oefent u sinds de onderbreking van uw zelfstandige activiteit een beroepsactiviteit uit?

Neen

Ja, sinds.....

Bent u mandataris/werkend vennoot van een andere vennootschap dan de vennootschap die getroffen is door de gedwongen onderbreking?

Neen

Ja, sinds.....

Naam van de vennootschap.....

Ondernemingsnummer (of btw-nummer).....



Vervangingsinkomen

Geniet u **momenteel** een vervangingsinkomen? *(kruis aan wat past)*

- Neen
- Ja: welke? *(kruis aan wat past)*
 - Werkloosheidsuitkeringen, onder om het even welke benaming (inschakelingsuitkeringen, wachtuitkeringen, enz.)
 - Pensioen
 - Arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen
 - Andere (verduidelijk):

Hebt u een vervagingsinkomen **aangevraagd**? *(kruis aan wat past)*

- Neen
- Ja: welke? *(kruis aan wat past)*
 - Werkloosheidsuitkeringen, onder om het even welke benaming (inschakelingsuitkeringen, wachtuitkeringen, enz.)
 - Pensioen
 - Arbeidsongeschiktheids- of invaliditeitsuitkeringen
 - Andere (verduidelijk):

Reden van de gedwongen onderbreking

Vul dit in als u uw zelfstandige activiteit **gedwongen én volledig** hebt moeten onderbreken door één van de volgende situaties. *(kruis aan wat past)*

- Ik heb mijn volledige zelfstandige activiteit gedwongen moeten onderbreken gedurende minstens 7 opeenvolgende kalenderdagen omwille van het feit dat ik in quarantaine geplaatst ben na een hoog-risico-contact en dit in de periode
van .. / .. / tot .. / .. /
 - Voeg een quarantaine-attest toe op uw naam of op naam van de persoon die op hetzelfde adres staat ingeschreven.
- Ik heb mijn volledige zelfstandige activiteit gedwongen moeten onderbreken gedurende minstens 7 opeenvolgende kalenderdagen omwille van het feit dat ik moet instaan voor de zorg voor mijn kind/kinderen, tengevolge de sluiting van de school/klas of de kinderopvang en dit in de periode
van .. / .. / tot .. / .. /
 - Voeg een bewijsstuk van de sluiting van de school/klasse of de kinderopvang van uw kind/kinderen toe (beslissing directie, enz).
 - Indien uw kind ouder is dan 12 jaar, gelieve dan een bijkomende en omstandige motivering te geven waarom u uw zelfstandige activiteit volledig moet onderbreken:
.....
.....
.....

Verklaring op eer

Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en de bijgevoegde informatie gelezen te hebben.

Ik ben op de hoogte dat mijn aanvraag niet kan behandeld worden zonder de gevraagde bewijsstukken.

Ik verbind mij ertoe elke wijziging in de hierboven vermelde inlichtingen binnen vijftien kalenderdagen mee te delen aan mijn sociaal verzekeringsfonds.

Ik ben op de hoogte dat elke valse of onvolledige verklaring kan leiden tot de terugvordering van de ten onrechte uitbetaalde uitkeringen en tot gerechtelijke vervolging.

Naam: Voornaam:

Datum : .. / .. / Handtekening:

Bijlage - Attest verzekeringsinstelling/ziekenfonds

Attest gezinslast

In te vullen door de verzekeringsinstelling/het ziekenfonds en toevoegen aan deze aanvraag.

Hierbij bevestigen wij dat sociaal verzekerde

Naam¹

Voornaam¹

INSZ (rijksregisternummer) □□.□□.□□-□□□.□□

- in de hoedanigheid van gerechtigde is aangesloten bij onze organisatie
sinds
- minstens één persoon ten laste heeft, in de zin van artikel 225 van het koninklijk besluit van 3 juli 1996 tot uitvoering van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994,
sinds.....

Datum : . . / . . /

Handtekening en stempel van de verzekeringsinstelling/het ziekenfonds:

Dit attest wordt afgeleverd op verzoek van de betrokkene voor zijn/haar sociaal verzekeringsfonds voor de toekenning van het overbruggingsrecht, onder voorbehoud van het vervullen van alle voorwaarden overeenkomstig de wet van 22 december 2016 houdende invoering van een overbruggingsrecht ten gunste van zelfstandigen.

¹ Vooraf in te vullen door uw dossierbeheerder. Controleer uw identiteitsgegevens en corrigeer ze indien nodig.