



STEUNT ELKANDER V.Z.W.

## VERKLARING VAN STOPZETTING VAN ZELFSTANDIGE ACTIVITEIT

REF. : .....

N.N. : .....

Dienst : stopzetting

Ik ondergetekende: .....

geboren te:..... op .....

wonende te..... postcode:.....

straat: .....nr/bus.....

bevestig geen enkel zelfstandig beroep meer uit te oefenen sedert.....

(noch in eigen naam, noch als helper(ster), noch als mandataris of werkend vennoot, en ook niet als bijberoep)

Ik verbind mij ertoe de hervatting van elke zelfstandige activiteit onmiddellijk te melden.

Gedaan te:.....op .....

Handtekening,

### VRAGENLIJST (verplichtend in te vullen)

1. Oefent u, sinds de stopzetting als zelfstandige, een beroepsactiviteit uit? **JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>  
Indien ja, dewelke ?
2. Hebt u uw zelfstandige activiteit gestaakt wegens ziekte of invaliditeit ? **JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>  
Hebt u een aanvraag tot erkenning van arbeidsongeschiktheid bij uw ziekenfonds ingediend ?  
**JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>
3. Hebt u uw zelfstandige activiteit stopgezet wegens faillissement? **JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>  
Zo ja, - naam en adres van de curator:  
- was u gedurende ten minste een jaar zelfstandige in hoofdberoep en wenst u uw rechten gedurende maximum 4 kwartalen te behouden inzake pensioen, kinderbijslag en ziekte-en invaliditeitsverzekering ? **JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>  
**Opmerking: De aanvraag voor het overbruggingsrecht in geval van faillissement moet worden ingediend voor het einde van het kwartaal dat volgt op de datum van faillissement.**
4. Bent u ten minste een jaar zelfstandige in hoofdberoep en wenst u verder vrijwillig bijdragen te betalen in het kader van de voortgezette verzekering teneinde uw sociale rechten inzake pensioen, kinderbijslag en ziekte-en invaliditeitsverzekering te vrijwaren? **JA/NEEN**<sup>(\*)</sup>  
Dit voordeel is van toepassing gedurende max. 2 jaar ingeval uw activiteit wordt stopgezet minimum 5 jaar voor de normale pensioenleeftijd, of tot de normale pensioenleeftijd ingeval uw activiteit wordt stopgezet binnen de 5 jaar voor de normale pensioenleeftijd.  
**Opmerking: De aanvraag voor voortgezette verzekering moet worden ingediend binnen de drie kwartalen volgend op de datum van stopzetting.**

<sup>(\*)</sup> schrappen wat niet past