

**Securex-Partner(in)**

Nr.

Name

## EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG EhePARTNER(IN) ODER GESETZLICH ZUSAMMENWOHNENDE(R)

Senden Sie dieses Dokument bitte PER EINSCHREIBEN an Securex Integrity, PB 10600, 1040 BRÜSSEL, zurück.

### 1 Identitätsangaben meines selbstständigen Partners/meiner selbstständigen Partnerin

Name

Vorname

Geburtsdatum:

Kundennummer

bei unserer

Sozialversicherungskasse

### 2 Meine identitätsangaben

Name

Vorname

Geburtsdatum

Nationalität

Nationalregisternummer

*(siehe Personalausweis)*

Geschlecht:

Mann

Frau

Sprache

Deutsch

Niederländisch

Französisch

### 3 Kontaktangaben (falls nicht identisch mit den Kontaktangaben Ihres Partners/Ihrer Partnerin)

Adresse

Straße

Nr.

Briefk.

Postleitzahl

Gemeinde

Land

Telefon

telefon

Fax

Handy

E-Mail-Adresse:

#### 4 Erklärung *Zutreffendes bitte ankreuzen:*

Ich erkläre eidesstattlich, dass ich meine(n) Partner(in) oder die Person, mit der ich gesetzlich zusammenwohne, nicht oder nur unregelmäßig und weniger als 90 Tage im Jahr in ihrer/seiner selbstständigen Tätigkeit unterstütze und/oder vertrete.

Mein(e) Partner(in) oder die Person, mit der ich gesetzlich zusammenwohne, ist nur Unternehmensleiter (= Bevollmächtigter, Geschäftsführer oder arbeitender Gesellschafter).

Ich habe eine eigene Berufstätigkeit, die mir Rechte auf Leistungen für Pension, Kindergeld sowie Kranken- und Invalidengeld verleiht, welche gleichwertig mit denen des Sozialstatuts der Selbstständigen sind. Das heißt, ich bin in einem der folgenden Statute berufstätig:

Arbeitnehmer (mindestens halbezeitig)

Unterrichtswesen (mindestens 60 %)

Öffentlicher Dienst (endgültig ernannt in einer Funktion von mindestens 8 Monaten oder 200 Tagen im Jahr, wobei die Anzahl Arbeitsstunden im Monat mindestens einer Halbezeitstelle entspricht)

Selbstständiger

Ich beziehe ein Ersatzeinkommen, das mir Rechte auf Leistungen für Pension, Kindergeld sowie Kranken- und Invalidengeld verleiht, welche gleichwertig mit denen des Sozialstatuts der Selbstständigen sind.

**Ich erkläre, dass die Angaben in diesem Formular der Wahrheit entsprechen und vollständig sind. Ich verpflichte mich, der SECUREX INTEGRITY VoG jede Änderung zu melden, die eine Sozialversicherungspflicht als mithelfende(r) Partner(in) zur Folge haben kann.**

Ausgefertigt in

am

Unterschrift

*Bitte denken Sie daran, eine Kopie des ausgefüllten Dokuments aufzubewahren*

