

|   |  |   |
|---|--|---|
| <b>Sprache (bitte ankreuzen):</b><br><input type="checkbox"/> <b>Deutsch</b><br><input type="checkbox"/> <b>Französisch</b>   |  | <b>Formular A</b>                             |
|   |  | Aktennummer (dem<br>Ministerium vorbehalten): |
| <b>Einkommensausfallversicherung</b><br>Erlass der Wallonischen Regierung vom 21. Februar 2019  |  |   |
| <b>Um einen vollständigen Antrag einzureichen, müssen folgende Dokumente beigefügt werden:</b>  |  |   |
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Formular A: ausgefüllt, mit Datum versehen und von allen Kreditnehmern unterschrieben</li><li>- Eine Kopie der Hypothekarkrediturkunde unterschreiben von einem Notar ODER eine Kopie des Projektes der Hypothekarkrediturkunde begleitet von:<ul style="list-style-type: none"><li>+ einer Bescheinigung des Notares die angibt, dass Sie die Hypothekarkrediturkunde unterschrieben haben</li><li>+ eine Kopie der Kaufurkunde</li><li>+ eine Bescheinigung des Notares, die angibt, dass Sie die Kaufurkunde unterschrieben, haben</li></ul></li><li>- Eine Kopie der Hypothekenvollmacht (wenn Sie eine unterzeichnet haben)</li><li>- Eine Kopie des Kreditangebotes, das durch ein Kreditinstitut ausgestellt wurde -<ul style="list-style-type: none"><li>Eine Kopie des Tilgungsplans</li></ul></li><li>- Anhang 1, ausgefüllt, mit Datum versehen und von allen Kreditnehmern sowie dem Kreditinstitut unterschrieben</li><li>- Anhang 2, ausgefüllt durch den Arbeitgeber jeden Kreditnehmers (ein Anhang pro Kreditnehmer)</li><li>- Anhang 3, ausgefüllt durch die Krankenkasse für jeden hauptberuflich selbstständigen Kreditnehmer (ein Anhang pro Kreditnehmer)</li></ul> |  |   |
| <b>Um einen gültigen Antrag einzureichen, müssen Sie dieses Formular innerhalb von 12 Monaten nach Unterschrift der Hypothekarkrediturkunde bei Ihrem Notar per Einschreiben an untenstehende Adresse senden.</b><br><b>Bei Nicht-Einhaltung dieses Zeitraumes wird Ihre Akte nicht bearbeitet.</b>   |  |   |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft</b><br><b>Fachbereich Raumordnung - Wohnungswesen und Energie</b><br><b>Gospertstraße 1, 4700 Eupen</b>   |  |   |
| Hinweis: bewahren Sie eine Kopie von allen Dokumenten auf, die Sie an das Ministerium geschickt haben.  |  |   |

**Schutz Ihrer Angaben:**

Das Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft ist verantwortlicher Verarbeiter Ihrer Daten gemäß der Datenschutz-Grundverordnung (EU) Nr. 2016/679 vom 27. April 2016 und den entsprechenden Ausführungsbestimmungen. Die Verarbeitung ist dazu bestimmt, Ihre Rechte auf den Genuss der Einkommensausfallversicherung in Anwendung des Dekretes vom 29. April 2019 über die Ausübung der Zuständigkeiten der Wallonischen Region im Bereich des Wohnungswesens durch die Deutschsprachige Gemeinschaft zu bestimmen.

Es verwendet diese Daten nur für den oben angegebenen Zweck. Ihre Daten werden bis 10 Jahre nach Abschluss Ihrer Akte aufbewahrt (entspricht ebenfalls der Dauer der Aufbewahrung Ihrer Zuschussakte). Ihre Persönlichkeitsrechte erfahren daher eine besondere Beachtung. Weiterführende Informationen zur Wahrung Ihrer Rechte finden Sie unter [www.ostbelgienlive.be/datenschutz](http://www.ostbelgienlive.be/datenschutz). Sie erreichen unseren Datenschutzbeauftragten, Herrn Wilfried Heyen, unter [datenschutz@dgov.be](mailto:datenschutz@dgov.be).

**Einspruch einreichen:**

Wenn Sie am Ende der Prozedur mit der getroffenen Entscheidung nicht einverstanden sind, können Sie folgende Schritte einleiten:

**○ Einspruch bei der Regierung einreichen**

Sie verfügen über einen Zeitraum von 30 Tagen ab dem Zeitpunkt der Bekanntmachung der Entscheidung, um per Einschreiben einen Einspruch gegen die Ablehnung der Bewilligung der Versicherung, an die Adresse der Regierung zu senden.

**○ Beschwerde bei der Ombudsfrau der Deutschsprachigen Gemeinschaft**

Wenn Sie am Ende des vorangegangenen Schritts bei der Regierung weiterhin unzufrieden mit der Entscheidung sind, haben Sie die Möglichkeit sich mit Ihrer Beschwerde an die Ombudsfrau der Deutschsprachigen Gemeinschaft zu wenden:

Marlene Hardt

Tel.: 0800/98 759 (kostenlos)

[marlene.hardt@dg-ombudsfrau.be](mailto:marlene.hardt@dg-ombudsfrau.be)

| <b>Rahmen I. Allgemeine Auskünfte für die Behörde</b>                                |                          |
|--|--------------------------|
| <b>1. Namen der Kreditnehmer</b>   |                          |
| Name – Vorname   |                          |
| Name – Vorname   |                          |
| <b>2. Adresse der Wohnung, Gegenstand des Hypothekarkredites</b>                     |                          |
| Straße - Hausnummer - Briefkasten  |                          |
| Postleitzahl - Gemeinde  |                          |
| <b>3. Gegenstand des Hypothekarkredites (Bitte kreuzen Sie das richtige Feld an)</b> |                          |
| Bau einer Wohnung  | <input type="checkbox"/> |
| Kauf einer bestehenden Wohnung   | <input type="checkbox"/> |
| <b>4. Angaben des Notars</b>   |                          |
| Name des Notars  |                          |
| Telefonnummer  |                          |
| E-Mail-Adresse   |                          |
| <b>5. Angaben zum Kreditinstitut</b>   |                          |
| Name   |                          |
| Straße - Hausnummer - Briefkasten  |                          |
| Postleitzahl - Gemeinde  |                          |
| Telefonnummer  |                          |
| E-Mail-Adresse   |                          |

| Rahmen II. Angaben und Situation des Kreditnehmers                      |   |      |
|---|---|------|
| Name  |   |      |
| Vorname   |   |      |
| Nationalregisternummer  |   |      |
| Wohnort   |   |      |
| Beruf   |   |      |
| Telefonnummer   |   |      |
| E-Mail-Adresse  |   |      |
| <b>Datum der Unterschrift des Hypothekarkredites</b>                    |   |      |
| <b>Am Tag der Unterzeichnung meines Hypothekarkredites war ich:</b>     |   |      |
| Beschäftigt als:  | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag;   |      |
|   | <input type="checkbox"/> Lehrer auf Zeit mit einem Dienstalter von mindestens 4 Jahren (eine Bescheinigung, die die Anzahl Schuljahre und Arbeitszeit bestätigt muss beigefügt werden); |      |
|   | <input type="checkbox"/> Beamter oder ernannter / definitiv eingestellter Lehrer;   |      |
|   | <input type="checkbox"/> Hauptberuflich Selbstständiger, der eine Kranken- und Invaliditätsversicherung haben muss  |      |
| Bei guter Gesundheit und arbeitsfähig;                                  | Ja  | Nein |
| Krankgeschrieben;   | Ja  | Nein |
| Wenn ja, bitten wir Sie, uns die Dauer der Krankschreibung mitzuteilen. | Von   | Bis  |

| Rahmen III. Angaben und Situation des zweiten Kreditnehmers             |  |      |
|---|--|------|
| Name  |  |      |
| Vorname   |  |      |
| Nationalregisternummer  |  |      |
| Wohnort   |  |      |
| Beruf   |  |      |
| Telefonnummer   |  |      |
| E-Mail-Adresse  |  |      |
| <b>Datum der Unterschrift des Hypothekarkredites</b>                    |  |      |
| <b>Am Tag der Unterzeichnung meines Hypothekarkredites war ich:</b>     |  |      |
| Beschäftigt als:  | <input type="checkbox"/> Arbeitnehmer mit einem unbefristeten Arbeitsvertrag;  |      |
|   | <input type="checkbox"/> Lehrer auf Zeit mit einem Dienstalter von mindestens 4 Jahren (eine Bescheinigung, die die Anzahl Schuljahre und Arbeitszeit bestätigt, muss beigelegt werden); |      |
|   | <input type="checkbox"/> Beamter oder ernannter / definitiv eingestellter Lehrer;  |      |
|   | <input type="checkbox"/> Hauptberuflich Selbstständiger, der eine Kranken- und Invaliditätsversicherung haben muss.  |      |
| Bei guter Gesundheit und arbeitsfähig;                                  | Ja   | Nein |
| Krankgeschrieben;   | Ja   | Nein |
| Wenn ja, bitten wir Sie, uns die Dauer der Krankschreibung mitzuteilen. | Von  | Bis  |

**Bemerkung: Wenn Sie mehr als 2 Kreditnehmer sind, bitten wir Sie, ein zusätzliches Formular auszufüllen.**

**Rahmen IV. Verpflichtungen der Kreditnehmer (sehr aufmerksam zu lesen)**

- **Beantragt / beantragen mit diesem Schreiben, den Schutz der Versicherung gegen Einkommensausfall, eingeführt durch den Erlass der Wallonischen Regierung vom 21. Februar 2019.**
- **Erklärt / Erklären ehrenwörtlich, dass alle Angaben ehrlich und richtig abgegeben werden.**
- **Gibt sein / Geben ihr Einverständnis, dass die Verwaltung dazu berechtigt ist, im Rahmen der Bearbeitung des Dossiers, bei öffentlichen Quellen Informationen einzuholen (Nationalregister, ÖFD Finanzen, ...).**

○ **Erklärt / Erklären, erklären ab dem Datum des Hypothekarkredites:**

1. in der Krediturkunde als gegenseitig haftender oder unteilbarer Kreditnehmer zu erscheinen, unter der Bedingung, dass jeder Kreditnehmer die Wohnung während der Dauer der Versicherung bewohnt;
2. während den letzten zwei Jahren weder allein noch zusammen eine eigene Wohnung zu besitzen oder besessen zu haben oder deren Nutznießer zu sein;
3. dass die Räume, die für berufliche Zwecke genutzt werden, nicht mehr als 50 % der Gesamtfläche der Wohnung betragen.

○ **verpflichtet / verpflichten sich, ab dem Datum der Unterschrift des Hypothekarkredites für einen Zeitraum von acht Jahren:**

1. Ihren Hauptwohnsitz in der Wohnung einzurichten, für welche der Kredit genehmigt wurde:
  - a) im Falle eines Kaufs innerhalb von 12 Monaten nach Unterschrift der Hypothekarkrediturkunde;
  - b) im Falle eines Neubaus innerhalb von 24 Monaten nach Unterschrift der Hypothekarkrediturkunde;(Bei einer begründeten Anfrage besteht die Möglichkeit vor Ablauf dieser Fristen eine Verlängerung von 12 Monaten zu beantragen)
2. die Wohnung während acht Jahren weder ganz noch teilweise zu verkaufen oder zu vermieten;
3. den Kontrollen des Ministeriums, ob die obengenannten Verpflichtungen eingehalten werden, einzuwilligen;
4. im Falle eines Umzuges das Ministerium zu benachrichtigen.

Wenn eine der obengenannten Verpflichtungen nicht eingehalten wird, wird der Anspruch aus der Versicherung gegen den Verlust des Einkommens für Sie annulliert.

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| Ort:                           | Datum:                                 |
| Unterschrift des Kreditnehmers | Unterschrift des zweiten Kreditnehmers |
|                                |  |

|  |      |                                |
|--|------|--------------------------------|
| Rahmen für das Ministerium bestimmt – Akten-Nr.:   |      | Anhang 1                       |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Einkommensausfallversicherung</b>   |      |                                |
| <b>Der Rahmen muss von den Kreditnehmern vor Weiterleitung an das Kreditinstitut ausgefüllt werden.</b>  |      |                                |
| Kreditnehmer   |      |                                |
| Zweite-Kreditnehmer  |      |                                |
| <b>Der / die Kreditnehmer verpflichten sich:</b>   |      |                                |
| 1. alle Entschädigungen, die auf betrügerische Art und Weise erlangt wurden und in ihrem Namen von der Versicherungsgesellschaft an die Kreditgesellschaft überwiesen wurden, zurückzuzahlen.                            |      |                                |
| 2. ihre Regressansprüche gegen einen Dritten Schuldigen an die Versicherungsgesellschaft abzugeben, das im Gegenzug zu der erhaltenen Versicherungsprämie.   |      |                                |
| 3. alle Summen, die von der Versicherungsgesellschaft überwiesen wurden zurückzuzahlen, wenn die berufliche Arbeitslosen- oder Arbeitsunfähigkeitsentschädigung, von der Krankenkasse oder Forem zurückgefordert wurden. |      |                                |
| <b>Die Kreditnehmer erlauben es dem Kreditinstitut, alle Infos herauszugeben, die für die Bearbeitung von ihrem Dossier der Einkommensausfallversicherung nötig sind.</b>  |      |                                |
| Erstellt zu:   | Den: | Unterschrift der Kreditnehmer: |
|  |      |                                |

| <b>Rahmen durch das Kreditinstitut auszufüllen.</b>   |  |         |  |
|---|--|---------|--|
| Benennung   |  |         |  |
| Adresse   |  |         |  |
| Telefonnummer:  |  |         |  |
| Datum der Unterschrift der Hypothekarkrediturkunde:   |  |         |  |
| <b>Das Kreditinstitut erklärt:</b>  |  |         |  |
| <p>1. Unwiderruflich zu akzeptieren, dass alle Zahlungen des Versicherungsträgers zur Erfüllung der von der Deutschsprachigen Gemeinschaft abgeschlossenen Einkommensausfallversicherung die Kreditnehmer gegenüber dem Kreditinstitut bis zur Höhe der geleisteten Zahlungen entlastet, sofern die vertraglichen Zahlungen noch fällig sind.<br/>Wenn das nicht der Fall ist, erstattet das Kreditinstitut den Versicherungsnehmer(n) die zu viel bezogenen Beträge.</p> |  |         |  |
| <p>2. dass die Versicherungsgesellschaft die Versicherungsleistungen auf folgendes Konto überweisen muss: IBAN .....<br/>Mitteilung: .....</p>  |  |         |  |
| <p>3. dem Ministerium innerhalb der ersten acht Jahre die Änderungen in der Darlehensurkunde, die die versicherte Schuldenlast betreffen mitzuteilen.</p>   |  |         |  |
| <b>Das Kreditinstitut gibt folgende Angaben zum Hypothekarkredit:</b>   |  |         |  |
| 1. Den Betrag des Hypothekarkredites  |  |         |  |
| <p>2. Jährliche Rückzahlung während der ersten acht Jahre: Zinsen, Kapitalrückzahlung und eventuelle noch ausstehende Todesfallversicherungsprämien (in Ausführung der Hypothekarkrediturkunde) nach kompletter Kreditfreigabe.</p>   |  |         |  |
| 1. Jahr   |  | 5. Jahr |  |
| 2. Jahr   |  | 6. Jahr |  |
| 3. Jahr   |  | 7. Jahr |  |
| 4. Jahr   |  | 8. Jahr |  |
| Erstellt zu:  |  | Den:    | Unterschrift und Stempel des Kreditinstitutes: |
|   |  |         |  |



|  |  |                 |
|--|--|-----------------|
| <b>Rahmen für das Ministerium bestimmt – Akten-Nr.:</b>  |  | <b>Anhang 2</b> |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Einkommensausfallversicherung</b>   |  |                 |
| <b>Vor Weiterleitung an den Arbeitgeber durch den Antragsteller auszufüllen.</b>   |  |                 |
| NAME - Vorname   |  |                 |
| Nationalregisternummer   |  |                 |
| Die Hypothekarkrediturkunde wurde am ..... beim Notar unterzeichnet.   |  |                 |
| <b>Rahmen durch den Arbeitgeber auszufüllen.</b>   |  |                 |
| Am Datum der Unterschrift seines Hypothekarkredites war mein Personalmitglied:   |  |                 |
| Auf Basis eines unbefristeten Arbeitsvertrages beschäftigt: <b>JA / NEIN</b> Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten:   |  |                 |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vollzeit: JA / NEIN<br/>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....</li> <li>2. Krank: JA / NEIN<br/>Wenn JA: von ..... bis .....</li> <li>3. Kündigungsfrist: JA / NEIN<br/>Wenn JA: Kündigungsfrist von ..... bis .....</li> <li>4. Probezeit: JA / NEIN - Wenn JA: Probezeit von ..... bis .....</li> <li>5. Auflösende Bedingungen des Vertrages: JA / NEIN</li> <li>6. Im Unternehmen beschäftigt seit dem: .....</li> </ol> |  |                 |
| Beamter oder ernannter / definitiv eingestellter Lehrer: JA / NEIN Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten:   |  |                 |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vollzeit: JA / NEIN<br/>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....</li> <li>2. Krank: JA / NEIN<br/>Wenn JA: von ..... bis .....</li> <li>3. In Praktikum: JA / NEIN - Wenn JA: von ..... bis .....</li> <li>4. Verbeamtet / definitiv eingestellt seit dem: .....</li> </ol>  |  |                 |
| Lehrer auf Zeit: JA / NEIN   |  |                 |
| Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten:  |  |                 |
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Vollzeit: JA / NEIN<br/>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....</li> <li>2. Krank: JA / NEIN<br/>Wenn JA: von ..... bis .....</li> <li>3. In Praktikum: JA / NEIN - Wenn JA: von ..... bis .....</li> <li>4. Lehrer auf Zeit seit dem: .....</li> </ol>   |  |                 |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Name des Arbeitgebers</b>    |                                |
| <b>Adresse des Sozialsitzes</b> |                                |
| <b>Vertreten durch</b>          |                                |
| <b>Funktion</b>                 |                                |
| <b>Telefonnummer:</b>           | <b>E-Mail:</b>                 |
| Erstellt zu                     | Den                            |
| Stempel des Arbeitgebers:       | Unterschrift des Arbeitgebers: |
|                                 |                                |

|  |                 |
|--|-----------------|
| <b>Rahmen für das Ministerium bestimmt – Akten-Nr.:</b>  | <b>Anhang 2</b> |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Einkommensausfallversicherung</b>   |                 |
| <b>Vor Weiterleitung an den Arbeitgeber durch den Antragsteller auszufüllen.</b>   |                 |
| NAME - Vorname   |                 |
| Nationalregisternummer   |                 |
| Die Hypothekarkrediturkunde wurde am ..... beim Notar unterzeichnet.   |                 |
| <b>Rahmen durch den Arbeitgeber auszufüllen.</b>   |                 |
| Am Datum der Unterschrift seines Hypothekarkredites war mein Personalmitglied:   |                 |
| Auf Basis eines unbefristeten Arbeitsvertrages beschäftigt: <b>JA / NEIN</b> Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten: |                 |
| 7. Vollzeit: JA / NEIN<br>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....   |                 |
| 8. Krank: JA / NEIN<br>Wenn JA: von ..... bis .....  |                 |
| 9. Kündigungsfrist: JA / NEIN<br>Wenn JA: Kündigungsfrist von ..... bis .....  |                 |
| 10. Probezeit: JA / NEIN - Wenn JA: Probezeit von ..... bis .....  |                 |
| 11. Auflösende Bedingungen des Vertrages: JA / NEIN  |                 |
| 12. Im Unternehmen beschäftigt seit dem: .....   |                 |
| Beamter oder ernannter / definitiv eingestellter Lehrer: JA / NEIN Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten:           |                 |
| 5. Vollzeit: JA / NEIN<br>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....   |                 |
| 6. Krank: JA / NEIN<br>Wenn JA: von ..... bis .....  |                 |
| 7. In Praktikum: JA / NEIN - Wenn JA: von ..... bis .....  |                 |
| 8. Verbeamtet / definitiv eingestellt seit dem: .....  |                 |
| Lehrer auf Zeit: JA / NEIN   |                 |
| Wenn JA, bitten wir Sie auf folgende Fragen zu antworten:  |                 |
| 5. Vollzeit: JA / NEIN<br>Wenn Teilzeit: Anzahl Stunden pro Woche ..... + % von Vollzeit .....   |                 |
| 6. Krank: JA / NEIN<br>Wenn JA: von ..... bis .....  |                 |
| 7. In Praktikum: JA / NEIN - Wenn JA: von ..... bis .....  |                 |
| 8. Lehrer auf Zeit seit dem: .....   |                 |

|                                 |                                |
|---------------------------------|--------------------------------|
| <b>Name des Arbeitgebers</b>    |                                |
| <b>Adresse des Sozialsitzes</b> |                                |
| <b>Vertreten durch</b>          |                                |
| <b>Funktion</b>                 |                                |
| <b>Telefonnummer:</b>           | <b>E-Mail:</b>                 |
| Erstellt zu                     | Den                            |
| Stempel des Arbeitgebers:       | Unterschrift des Arbeitgebers: |
|                                 |                                |

|  |   |                                |     |
|--|---|--------------------------------|-----|
| Rahmen für das Ministerium bestimmt – Akten-Nr.:                                     |   | Anhang 3                       |     |
| <b>Nur auszufüllen, wenn Sie hauptberuflich selbstständig sind.</b>                  |   |                                |     |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Einkommensausfallversicherung</b> |   |                                |     |
| <b>Vor Weiterleitung an die Krankenkasse durch den Selbstständigen auszufüllen.</b>  |   |                                |     |
| NAME   |   |                                |     |
| Vorname  |   |                                |     |
| Nationalregisternummer   |   |                                |     |
| Die Hypothekarkrediturkunde wurde am ..... beim Notar unterzeichnet.                 |   |                                |     |
| <b>Durch Ihre Krankenkasse auszufüllen.</b>  |   |                                |     |
| Am Datum der Unterschrift seines Hypothekarkredites war der Selbstständige:          |   |                                |     |
| <input type="checkbox"/>   | Eingeschrieben als hauptberuflich Selbstständiger, der eine Kranken- und Invaliditätsversicherung haben muss. |                                |     |
| <input type="checkbox"/>   | Krank   | Von                            | Bis |
| <input type="checkbox"/>   | Nicht krank   |                                |     |
| Name der Krankenkasse  |   |                                |     |
| Adresse der Zentrale   |   |                                |     |
| Vertreten durch  |   |                                |     |
| Funktion   |   |                                |     |
| Telefonnummer:   |   | E-Mail:                        |     |
|  |   |                                |     |
| Erstellt zu  |   | Den                            |     |
| Stempel der Krankenkasse:  |   | Unterschrift des Arbeitgebers: |     |
|  |   |                                |     |

|  |   |                                |     |
|--|---|--------------------------------|-----|
| Rahmen für das Ministerium bestimmt – Akten-Nr.:                                     |   | Anhang 3                       |     |
| <b>Nur auszufüllen, wenn Sie hauptberuflich selbstständig sind.</b>                  |   |                                |     |
| <b>Ministerium der Deutschsprachigen Gemeinschaft: Einkommensausfallversicherung</b> |   |                                |     |
| <b>Vor Weiterleitung an die Krankenkasse durch den Selbstständigen auszufüllen.</b>  |   |                                |     |
| NAME   |   |                                |     |
| Vorname  |   |                                |     |
| Nationalregisternummer   |   |                                |     |
| Die Hypothekarkrediturkunde wurde am ..... beim Notar unterzeichnet.                 |   |                                |     |
| <b>Durch Ihre Krankenkasse auszufüllen.</b>  |   |                                |     |
| Am Datum der Unterschrift seines Hypothekarkredites war der Selbstständige:          |   |                                |     |
| <input type="checkbox"/>   | Eingeschrieben als hauptberuflich Selbstständiger, der eine Kranken- und Invaliditätsversicherung haben muss. |                                |     |
| <input type="checkbox"/>   | Krank   | Von                            | Bis |
| <input type="checkbox"/>   | Nicht krank   |                                |     |
| Name der Krankenkasse  |   |                                |     |
| Adresse der Zentrale   |   |                                |     |
| Vertreten durch  |   |                                |     |
| Funktion   |   |                                |     |
| Telefonnummer:   |   | E-Mail:                        |     |
|  |   |                                |     |
| Erstellt zu  |   | Den                            |     |
| Stempel der Krankenkasse:  |   | Unterschrift des Arbeitgebers: |     |
|  |   |                                |     |