

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'EXERCICE : 2016
Régime d'avantages sociaux pour les NOUVEAUX infirmiers

Veillez renvoyer ce formulaire dûment complété et signé à :

Assurances PRECURA
Romeinsesteenweg 564 A, 1853 Grimbergen (Strombeek-Bever)

Je, soussigné(e), (nom et prénom),
praticien(ne) de l'art infirmier, demande à bénéficier des avantages prévus par l'arrêté royal du 21/12/2017 instituant
un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier.

Renseignements concernant le demandeur

Adresse de contact :
Code postal/Commune :
Tél. :
Numéro registre national :
Date de naissance :
Numéro INAMI :

Si d'application pour l'année concernée (A.R. du 21/12/2017 – art 5):

- Je n'étais pas en possession du visa accordé par la Commission médicale durant plus de 15 jours, suite au retrait de ce visa, et ce à dater du
- Je me suis vu(e) infliger une amende de 1.000 euros au moins par la Chambre de première instance, la chambre de recours ou le fonctionnaire dirigeant, en date du
- J'ai été condamné(e) par un juge à une interdiction d'exercer pour une période de plus de 15 jours calendrier, et ce à dater du

Renseignements concernant le contrat d'assurance

(À remplir par la compagnie d'assurance)

Institution de pension ou compagnie d'assurance :

PRECURA

Numéro du contrat :

Nature du contrat (A.R. 21/12/2017 – art. 1) :

**REVENU GARANTI EN CAS DE
MALADIE ET D'ACCIDENT**

Date de prise d'effet du contrat :

Date d'expiration éventuelle :

IBAN - numéro de compte pour la gestion du contrat :

BE25 3101 0307 1882

Cachet de la compagnie d'assurance

Verzekeringen PRECURA Assurances
Romeinsesteenweg 564 A
1853 Grimbergen (Strombeek-Bever)
Tel: 02/ 304 11 11

BIC – Code d'identification bancaire : **BBRUBEBB**

Nom du responsable de gestion des contrats : **Peter Van der Speeten Tél :02/ 304 11 01**

Il est attesté que le contrat répond aux dispositions contenues à l'article 46, § 1 de la loi-programme du 24 décembre 2002 qui introduit une notion de régime de solidarité dans les conventions de pension.

Le soussigné déclare qu'un contrat d'assurance a été conclu aux conditions fixées par l'arrêté royal du 21/12/2017 et s'interdit d'apporter au contrat une modification quelconque qui serait contraire aux dispositions de cet arrêté royal.

Je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser à l'institution de pension ou compagnie d'assurance susnommée, le montant de la cotisation.

Signature et date (précédé de la mention « **lu et approuvé** »)

Ne pas oublier de compléter le verso

DECLARATION D'ACTIVITE SUR L'HONNEUR
A remplir par le NOUVEAU praticien de l'art infirmier

Je soussigné(e) (nom et prénom) déclare sur l'honneur que :

(cocher la case 1 dans tous les cas, ainsi que **soit une** case au point 2, **soit** la case 3)

1.	<input type="checkbox"/>	J'ai, pendant l' année 2016 , exercé en tant qu'indépendant(e) à titre principal et je joins une attestation de ma caisse d'assurances sociales ;																																				
2.		<p>J'ai, pendant l'année 2016, dispensé des prestations dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé telles que visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui correspondent à un montant d'intervention égal ou supérieur à (cocher la case en regard du nombre de mois complets d'adhésion à la convention) :</p> <p>N.B.: le montant d'intervention déclaré ci-dessous ne peut en aucun cas être supérieur à 150.000 EUR</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Mois</th> <th style="width: 5%;"></th> <th style="width: 20%;">Montant</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td align="center">1</td><td align="center"></td><td align="right">2.750 EUR</td></tr> <tr><td align="center">2</td><td align="center"></td><td align="right">5.500 EUR</td></tr> <tr><td align="center">3</td><td align="center"></td><td align="right">8.250 EUR</td></tr> <tr><td align="center">4</td><td align="center"></td><td align="right">11.000 EUR</td></tr> <tr><td align="center">5</td><td align="center"></td><td align="right">13.750 EUR</td></tr> <tr><td align="center">6</td><td align="center"></td><td align="right">16.500 EUR</td></tr> <tr><td align="center">7</td><td align="center"></td><td align="right">19.250 EUR</td></tr> <tr><td align="center">8</td><td align="center"></td><td align="right">22.000 EUR</td></tr> <tr><td align="center">9</td><td align="center"></td><td align="right">24.750 EUR</td></tr> <tr><td align="center">10</td><td align="center"></td><td align="right">27.500 EUR</td></tr> <tr><td align="center">11</td><td align="center"></td><td align="right">30.250 EUR</td></tr> </tbody> </table>	Mois		Montant	1		2.750 EUR	2		5.500 EUR	3		8.250 EUR	4		11.000 EUR	5		13.750 EUR	6		16.500 EUR	7		19.250 EUR	8		22.000 EUR	9		24.750 EUR	10		27.500 EUR	11		30.250 EUR
Mois		Montant																																				
1		2.750 EUR																																				
2		5.500 EUR																																				
3		8.250 EUR																																				
4		11.000 EUR																																				
5		13.750 EUR																																				
6		16.500 EUR																																				
7		19.250 EUR																																				
8		22.000 EUR																																				
9		24.750 EUR																																				
10		27.500 EUR																																				
11		30.250 EUR																																				
3.	<input type="checkbox"/>	<p>J'ai été en incapacité de travail et ai dispensé des prestations dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé telles que visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui correspondent à un montant d'intervention du seuil ci-dessus, diminué en application du coefficient de réduction en fonction du nombre de journées d'inactivité* dans le courant de l'année concernée :</p> <p>Coefficient à appliquer =</p> $\left[\frac{\text{Nombre de jours à prester}^1 - \text{nombre de journées d'inactivité}}{\text{Nombre de jours à prester}^1} \right]$ <p>¹ Nombre de mois complets d'adhésion à la convention multiplié par 18,5 (= nombre moyen de jours de travail par mois)</p> <p>* Par journées d'inactivité, on entend exclusivement les journées assimilées pour le calcul de la pension qui résultent :</p> <p>a) d'une maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants ;</p> <p>b) d'une interruption ou de non reprise du travail pour raison de repos, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, comme visé aux articles 32, alinéa 1^{er}, 2^o et 4^o, 114 et 114bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;</p> <p><u>Vous devez joindre à la présente déclaration sur l'honneur, selon le cas :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pour a), une copie de la reconnaissance d'incapacité de travail par le médecin conseil de la mutualité, l'assureur-loi ou le fonds des maladies professionnelles ; - pour b), une attestation de la mutualité ; 																																				

Fait à, le

Signature :

IMPORTANT :

Le soussigné doit savoir que faire ou utiliser des déclarations fausses peut entraîner des amendes ou des peines de prison conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1933 concernant les déclarations à faire en matière de subventions, indemnités et allocations de toute nature, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat. Dans ce cas, elles peuvent être transmises à qui de droit.