

**FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'EXERCICE : 2016**  
**Régime d'avantages sociaux pour les praticiens de l'art infirmier**

**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 (A.R. du 21/12/2017 – art 5):

- Je bénéficie de la pension légale de retraite depuis le.....
- 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 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** la case 2, **soit** la case 3)

1.	<input type="checkbox"/>	J'ai, pendant l' <b>année 2016 entière</b> , exercé en tant qu'indépendant(e) à titre principal et je joins une attestation de ma caisse d'assurances sociales ;
2.	<input type="checkbox"/>	J'ai, pendant l' <b>année 2016</b> , dispensé des prestations dans le cadre de l' <b>article 8</b> 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 de <b>minimum 33.000 EUR et maximum 150.000 EUR</b>
3.	<input type="checkbox"/>	<p>J'ai été en <b>incapacité de travail</b> et ai dispensé des prestations dans le cadre de l'<b>article 8</b> 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 de minimum 33.000 EUR, diminué en application du <b>coefficient</b> de réduction en fonction du nombre de journées d'inactivité* dans le courant de l'année concernée :</p> <p style="text-align: center;">Coefficient à appliquer =</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> <math display="block">\left( \frac{222 - \text{nombre de journées d'inactivité}^*}{222} \right)</math> </div> <p>* Par <b>journées d'inactivité</b>, 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<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, 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"> <li>- pour a), une <b>copie de la reconnaissance d'incapacité de travail</b> par le médecin conseil de la mutualité, l'assureur-loi ou le fonds des maladies professionnelles ;</li> <li>- pour b), une <b>attestation de la mutualité</b> ;</li> </ul>

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.*