|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sociaal statuut – conventievoordeel voor**  **gepensioneerde apothekers**  **Premieaanvraag voor de jaren 2016-2018** |

|  |
| --- |
| 1. **Toekenningsvoorwaarden premie**: |
| **U voldoet voor het premiejaar / de premiejaren waarvoor u deze aanvraag indient aan de voorwaarden zoals bepaald in het KB van 24 september 2019 tot instelling van een regeling van voordelen aan zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten na opname van het wettelijk rustpensioen:**   * **U hebt uw wettelijk rustpensioen opgenomen in de loop van het premiejaar of op een eerdere datum;** * **U voldoet aan de voorwaarden van toepassing voor de sociale voordelen. Dit betekent in het bijzonder dat u gedurende het volledige premiejaar (of desgevallend tot op het moment in het premiejaar waarop u uw activiteit volledig hebt stopgezet):** * **een activiteit had in het kader van de verplichte ziekteverzekering die aanleiding gaf tot de betaling van sociale bijdragen en voldeed aan de voorwaarden inzake activiteitsdrempel** * **geconventioneerd was;** * **U hebt voor het (de) premiejaar (premiejaren) nog geen sociaal voordeel ontvangen.** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Uw gegevens:** | | |
| **Uw RIZIV-nummer:** |  | |
| **Uw naam en voornaam:** |  | |
| **Uw mailadres:** |  | |
| **Uw telefoonnummer:** |  | |
| **Datum van opname van uw wettelijk rustpensioen:** |  | |
| **Bankrekeningnummer voor de storting van de premie:** | BE | |
| **Fiscale bestemmeling van dit bankrekeningnummer:**  *(dit is de naam waarop wij de fiscale fiche gelinkt aan de betaling zullen opstellen; een rechtspersoon moet altijd uw vennootschap zijn of de rechtspersoon waarbinnen u, in uitvoering van een schriftelijke overeenkomst, uw in de ziekteverzekering kaderende (para)medische activiteit of een deel ervan uitoefent)* | mezelf | |
| een rechtspersoon met volgend KBO-nr: | 0 |

***Gelieve ook de versozijde in te vullen / te ondertekenen***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **De jaren waarvoor u de premie aanvraagt :**   *(Bent u niet meer zeker of u al een sociaal voordeel ontvangen heeft voor één of meerdere jaren hieronder? Vink dan het jaar aan, wij zullen in uw dossier eventuele dubbels nagaan)* | | |
| **Jaar:** | **Premieaanvraag ja/nee:**  *(aanvinken indien “ja”)* | **Uw hoedanigheid / activiteit als apotheker:**  *(aanvinken wat past; als u gedurende het hele jaar of een deel ervan in een apotheek werkte als apotheker-bioloog, adjunct of plaatsvervanger, duid dan ook uw gemiddelde wekelijkse activiteit op jaarbasis aan)* |
| 2016 |  | A. Titularis officina  B. Apotheker-bioloog, niet-titularis officina of combinatie titularis & niet-titularis (\*)  B1. Min 38u/week  B2. Min. 28u/week  B3. Min. 19u/week |
| 2017 |  | A. Titularis officina  B. Apotheker-bioloog, niet-titularis officina of combinatie titularis & niet-titularis (\*)  B1. Min 38u/week  B2. Min. 28u/week  B3. Min. 19u/week |
| 2018 |  | A. Titularis officina  B. Apotheker-bioloog, niet-titularis officina of combinatie titularis & niet-titularis (\*)  B1. Min 38u/week  B2. Min. 28u/week  B3. Min. 19u/week |
| *(\*) Was u in het premiejaar (volledige jaar of een deel ervan) werkzaam als adjunct of plaatsvervanger, dan vragen wij u in bijlage per premiejaar en per apotheek een overzicht toe te voegen van de gewerkte periode, het APB-nummer van de apotheek en uw aantal gepresteerde uren op jaarbasis. Omgerekend naar het* *aantal effectief gepresteerde uren op jaarbasis (waarvan de jaarlijkse vakantie reeds werd afgetrokken) komt een voltijdse betrekking overeen met minimum 1748 uren, een 3/4 tijdse met minimum 1288 uren en een halftijdse met minimum 874 uren. Dit overzicht moet ondertekend worden door de titularis van iedere aangeduide apotheek. Heeft u ons al zo’n overzicht overgemaakt in het kader van een aanvraag sociale voordelen? Dan zullen wij dit in aanmerking nemen en hoeft u geen nieuw overzicht in bijlage toe te voegen.*  *Vraagt u als apotheker-bioloog, adjunct of plaatsvervanger de premie aan voor een jaar waarin u arbeidsongeschikt was? Dan gebeurt er mogelijk een aanpassing van het premiebedrag i.f.v. het # dagen inactiviteit. Voeg in dit geval een schriftelijk bewijs van arbeidsongeschiktheid toe.* | | |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring:** |
| Door dit aanvraagformulier te ondertekenen, verklaar ik dat ik voldoe aan de toekenningsvoorwaarden zoals vermeld in deel I en dat de gegevens van deel II en III correct zijn.  Datum:  Handtekening:  *(Uit te printen en te handtekenen of digitaal te ondertekenen. In dit laatste geval converteert u dit document naar PDF nadat u alle gegevens correct hebt ingevuld, kiest u vervolgens voor Gereedschappen > Certificaten > Digitaal ondertekenen en plaatst u d.m.v. uw pincode hierboven uw elektronische handtekening).* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Hoe opsturen?** | |
| **Bij voorkeur via –mail:**  *Of*  **Via de post:** | [dossierpharma@riziv-inami.fgov.be](mailto:dossierpharma@riziv-inami.fgov.be)  RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging  KLAVVIDT, team apothekers  Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL |