|  |  |
| --- | --- |
|  | **Statut social – avantage de convention pour les infirmiers pensionnés**  **Demande de prime pour 2019** |

|  |
| --- |
| 1. **Informations préalables :** |
| * Pour la prime de l’année 2019 (à demander en 2020), nous privilégions la voie électronique. Nous avons développé un module dans MyInami qui crée automatiquement une demande pour tous les dispensateurs qui répondent aux critères de base pour le statut social et pour lequel nous disposons d’un numéro de compte. Vous pouvez consulter votre dossier via [MyInami](https://www.inami.fgov.be/fr/programmes-web/Pages/my-inami.aspx) dans la rubrique « statut social ». * Il est possible de créer une demande s’il n’y en a pas encore, ou de modifier les informations relatives à votre situation via ce service en ligne. * Si vous êtes dans l’impossibilité d’introduire votre demande de manière électronique, vous pouvez nous transmettre votre demande par recommandé. Les modalités se trouvent à la fin du document. * Vous trouverez toutes les informations concernant le statut social en consultant [notre site internet](https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/Pages/statut-social.aspx). |

|  |
| --- |
| 1. **Conditions d’octroi de la prime** : |
| **Pour l’obtention de la prime 2019 que vous sollicitez, vous devez remplir les conditions telles que fixées dans l’arrêté royal du 5 mai 2020 instituant un régime d'avantages sociaux et d'autres avantages à certains dispensateurs de soins qui sont réputés avoir adhéré aux accords ou conventions qui les concernent :**   * **Vous avez pris votre pension légale de retraite au cours de l’année 2019 ou à une date antérieure ;** * **Vous remplissez les conditions d’application pour le statut social. Cela signifie en particulier qu’au cours de l’année complète 2019 (ou le cas échéant jusqu’au moment où vous avez complètement cessé votre activité au cours de 2019) :** * **vous avez été actif/active dans le cadre de l’assurance maladie obligatoire en tant qu’infirmier indépendant à titre principal et vous avez rempli les conditions relatives au seuil d’activité ;** * **vous étiez conventionné(e) ;**   **Si vous avez pris votre pension légale avant le 1er janvier 2016, vous pouvez toujours demander les allocations liés aux avantages sociaux dans la constitution d'une pension libre complémentaire pour travailleurs indépendants (PLCI), conclue avant le 1er janvier 2016. Pour cela, vous devez utiliser le formulaire de demande d’avantage social.** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Vos données :** | |
| **Votre numéro INAMI :** |  |
| **Votre nom et prénom :** |  |
| **Votre adresse e-mail :** |  |
| **Votre numéro de téléphone :** |  |
| **Date de votre pension légale de retraite** |  |
| **Numéro de compte bancaire pour le versement de la prime :** | BE |
| **Destinataire fiscal de ce numéro de compte:**  *(c’est le nom auquel nous établirons la fiche fiscale liée au paiement ; une personne morale doit toujours être votre société ou la personne morale dans laquelle, aux termes d'une convention écrite, vous exercez votre activité (para)médicale – ou une partie de celle-ci dans le cadre de l'assurance maladie)* | moi-même    une personne morale  avec le n° BCE suivant : |

|  |
| --- |
| 1. **Informations concernant votre activité en 2019**   (cochez la case si c’est correct) |
| J’ai attesté moins de 33.000€ de remboursement de prestations durant l’année 2019  J’ai attesté entre 33000€ et 150.000€ de remboursements de prestations durant l'année 2019. Je demande donc la prime équivalent à 528,72€.  J’ai attesté plus de 150.000€ de remboursement de prestations durant l’année 2019 |
| *Vous avez des jours d’inactivité (incapacité de travail,…) au cours de l’année pour laquelle vous introduisez votre demande de prime ? Alors les montants repris ci-dessus sont calculés au prorata du nombre de jours d’incapacité. Dans ce cas, veuillez joindre une attestation écrite de votre incapacité de travail.*  *Vous avez cessé définitivement votre activité professionnelle ? Alors le montant du seuil d’activité est calculé au prorata du nombre de jours d’inactivité.* |

|  |
| --- |
| 1. **Commentaires éventuels**   (mentionner ici vos commentaires et/ou annexe(s)) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Votre déclaration :** |
| Par la signature du présent formulaire de demande, je déclare remplir les conditions d’octroi telles qu’elles sont définies dans la partie II et que les renseignements communiqués dans les parties III, IV et V sont corrects.  Date :  Signature : |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Comment envoyer ce formulaire ?** | |
| Par pli postal **recommandé :** | INAMI, Service des soins de santé  KLAVVIDT, section infirmiers  Avenue de Tervueren 211, 1150 BRUXELLES |
|  |  |