|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sociaal statuut – conventievoordeel voor**  **gepensioneerde kinesitherapeuten**  **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):** * **als zelfstandige in hoofdberoep actief was in het kader van de verplichte ziekteverzekering 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 uw 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”)* | **Prestaties aangerekend aan de verplichte ziekteverzekering (\*):**  *(aanvinken wat past, enkel in te vinken als u voor dat jaar de premie aanvraagt)* | | |
| 2016 |  | >= 1.500 prestaties *of* >= 36.000 M-waarden | >= 2.300 prestaties *of*  >= 55.200 M-waarden | >= 3.000 prestaties *of*  >= 72.000 M-waarden  én  <= 6.500 prestaties *of*  <= 156.000 M-waarden |
| 2017 |  | >= 1.500 prestaties *of* >= 36.000 M-waarden | >= 2.300 prestaties *of*  >= 55.200 M-waarden | >= 3.000 prestaties *of*  >= 72.000 M-waarden  én  <= 6.500 prestaties *of*  <= 156.000 M-waarden |
| 2018 |  | >= 1.500 prestaties *of* >= 36.000 M-waarden | >= 2.300 prestaties *of*  >= 55.200 M-waarden | >= 3.000 prestaties *of*  >= 72.000 M-waarden  én  <= 6.500 prestaties *of*  <= 156.000 M-waarden |
| *(\*) Vraagt u de premie aan voor een jaar waarin u arbeidsongeschikt was? Dan kunt u ook voor de premie in aanmerking komen als u de vermelde drempel niet bereikt. Uw activiteitsdrempel wordt nl. verminderd met 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:** | [kinenl@riziv-inami.fgov.be](mailto:kinenl@riziv-inami.fgov.be)  RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorging  KLAVVIDT, team kinesitherapeuten  Guffenslaan 33, 3500 HASSELT |