|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE DEMANDE EXERCICE** ........**Régime d'avantages sociaux pour les nouveaux pharmaciens (1)****À l'attention de l'INAMI, Service des soins de santé, av. de Tervueren 211, 1150 Bruxelles** |

🕿: **02/739.74.79 (call center) : lundi et jeudi de 13h à 16h – mardi, mercredi et vendredi de 9h à 12h**

Je, soussigné(e), (nom et prénom) . . . . . . . . . . . . . . ………………….ai exercé durant l'exercice.. . …………

la fonction de pharmacien en qualité de/en :

❑ Titulaire propriétaire ❑ Titulaire non propriétaire ❑ Conjoint aidant

❑ Adjoint ❑ Remplaçant ❑ Pharmacien-biologiste

❑ Indépendant ❑ Salarié

❑ Officine publique n° : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ❑ Officine hospitalière n°

|  |
| --- |
|  **Renseignements concernant le demandeur** |
| Adresse privée : Date de naissance :Code postal/Commune : Numéro Registre national : :Numéro INAMI : Officine actuelle n° : :Adresse prof. actuelle : Code postal / commune : :Fonction actuelle : Depuis le : :🕿 prof. : 🕿 privé : :Le cas échéant :❑ J'ai fait l'objet d'une suspension, condamnation ou interdiction. Si oui, période :  (A.R. 18/03/1971 - art. 4 bis) |
|  |

|  |
| --- |
| **Renseignements concernant le contrat d'assurance** Cachet de la compagnie d'assurance :Caisse de pension ou compagnie d’assurance : ……………………………………………….Numéro du contrat : ……………….Nature du contrat (A.R. 18/03/71 – art. 1er) :…………………………………………………..Date de prise d’effet du contrat : …………….Date d’expiration éventuelle : ………………………IBAN – Numéro de compte pour la gestion du contrat :………………………………………………………………………… .(numéro de compte unique pour tous les dispensateurs)BIC – Code d’identification de la banque : ……………………………………………………………………………………………………… |
|  |

|  |
| --- |
| Le soussigné s’engage à ne pas apporter au contrat de modifications qui seraient contraires aux dispositions de l’arrêté royal précité du 18 mars 1971 ni aux instructions qui en découlent et déclare avoir conclu un contrat d’assurance qui satisfait aux conditions fixées par l’arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux et sollicite le bénéfice de l’avantage du Statut social, conformément à l’article 7 de la convention nationale entre les pharmaciens et les organismes assureurs  |

Je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser le montant de la cotisation au compte bancaire susvisé.

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . . . , le . . . . . . . . . . . . . .

 Signature

 précédée de la mention « lu et approuvé »

1. Les pharmaciens adhérant pour la première fois à la convention lors de l’attribution de leur premier numéro INAMI.

 Le bénéfice des avantages sociaux leur est accordé en proportion de la période d’adhésion à cette convention.

|  |
| --- |
|  **DÉCLARATION D'ACTIVITÉ SUR L'HONNEUR** |

Veuillez compléter le tableau ci-dessous.

Si vous avez exercé en . . . . . . . une activité mixte (titulaire, non-titulaire), veuillez indiquer la période de travail

en qualité de

- titulaire :

- non-titulaire :

Tableau à compléter

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  Période | N° officine ou labo | Nombre d’heures réellement effectuées pendant la période d’adhésion à la convention | Signature du titulaire |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Le tableau ci-dessous reproduit, en fonction du nombre de mois d’adhésion à la convention, le nombre d’heures réellement effectuées qui donne droit à une part proportionnelle à l’intégralité du montant, une part proportionnelle aux ¾ du montant ou une part proportionnelle à la ½ du montant. La part proportionnelle est calculée en fonction du nombre de mois d’adhésion à la convention.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Période d’adhésion à la convention exprimée en mois | Nombre d’heures réellement effectuées qui donne droit à une part proportionnelle à l’intégralité du montant  | Nombre d’heures réellement effectuées qui donne droit à une part proportionnelle aux ¾ du montant  | Nombre d’heures réellement effectuées qui donne droit à une part proportionnelle à la ½ du montant  |
| 11 | 1602 | 1181 | 801 |
| 10 | 1457 | 1073 | 728 |
| 9 | 1311 | 966 | 656 |
| 8 | 1165 | 859 | 583 |
| 7 | 1020 | 751 | 510 |
| 6 | 874 | 644 | 437 |
| 5 | 728 | 537 | 364 |
| 4 | 583 | 429 | 291 |
| 3 | 437 | 322 | 219 |
| 2 | 294 | 215 | 146 |
| 1 | 146 | 107 | 73 |

Le cas échéant :

❑ J'ai été en incapacité de travail pendant plus d'un mois et je joins une attestation de la mutualité.

Je déclare que l'activité mentionnée a donné lieu au paiement de cotisations sociales.

Fait à . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . ., le . . . . . . . . . . . . . . . . . Signature :

**IMPORTANT :**

|  |
| --- |
| *Les signataires doivent savoir que faire ou utiliser de fausses déclarations 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, d’indemnités et d’allocations de quelque nature que ce soit, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'État. Dans ce cas, elles peuvent être transmises à qui de droit.* |