|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sociaal statuut - sociaal voordeel voor de apothekers****Aanvraag van de premie voor 2019** |

|  |
| --- |
| 1. **Voorafgaande informatie:**
 |
| * Voor de aanvraag van de premie 2019 (aan te vragen in 2020) geven wij de voorkeur aan de elektronische weg. Wij hebben in MyRiziv een module uitgewerkt die automatisch een aanvraag creëert voor alle zorgverleners die voldoen aan de basiscriteria voor het sociaal statuut en waarvoor we beschikken over een contract. U kunt uw dossier raadplegen via de service "sociaal statuut" in [MyRiziv](https://www.inami.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/my-riziv.aspx).
* Via deze onlineservice heeft u de mogelijkheid om een aanvraag te creëren, indien deze nog niet zou bestaan, of om de informatie met betrekking tot uw situatie aan te passen.
* Indien uw verzekeringsonderneming ons geen digitaal contract heeft overgemaakt (beschikbaar in MyRiziv), kunt u ons uw aanvraag per aangetekende brief sturen. De modaliteiten vindt u terug aan het einde van het document.
* U vindt alle informatie over het sociaal statuut terug op [onze website](https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/sociaal-statuut-apotheker.aspx).
 |

|  |
| --- |
| 1. **Toekenningsvoorwaarden voor de premie**:
 |
| **Om de premie voor 2019 te verkrijgen waarvoor u een aanvraag indient, moet u voldoen aan de voorwaarden van het Koninklijk Besluit van 5 mei 2020 tot instelling van een regeling van sociale en andere voordelen aan sommige zorgverleners die geacht worden te zijn toegetreden tot de hen betreffende akkoorden of overeenkomsten.** **Dit betekent in het bijzonder dat u in de loop van het volledige jaar 2019 (of in voorkomend geval vanaf het moment waarop u bij het RIZIV bent ingeschreven):*** **actief was in het kader van de verplichte ziekteverzekering en voldeed aan de voorwaarden met betrekking tot de activiteitsdrempel;**
* **geconventioneerd was.**
 |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens:**
 |
| **Uw RIZIV-nummer:** |   |
| **Uw naam en voornaam:** |   |
| **Uw e-mailadres:** |   |
| **Uw telefoonnummer:** |   |
| **Verzekeringsmaatschappij waarbij u bent aangesloten:** |   |
| **Contractnummer:** |   |
| **Begindatum van het contract:** |   |

|  |
| --- |
| 1. **Informatie over uw activiteit in 2019**
 |
|  **Uw hoedanigheid/activiteit als apotheker:** *(Duid aan wat voor u van toepassing is; indien u een volledig jaar of een deel ervan heeft gewerkt als apotheker-bioloog, adjunct of vervanger, duid dan uw gemiddelde activiteit per week op jaarbasis aan)* |
| [ ]  A. Titularis apotheek (premie van 3.009,75 euro)[ ]  B. Apotheker-bioloog, niet-titularis apotheek of combinatie titularis & niet-titularis[ ]  B1. Min 38u/week (premie van 3.009,75 euro) [ ]  B2. Min 28u/week (premie van 2.257,31 euro) [ ]  B3. Min 19u/week (premie van 1.504,88 euro) |
| *Indien u in de loop van 2019 (voor het volledig jaar of een deel ervan) actief was als adjunct of vervanger, gelieve dan in bijlage voor elke apotheek uw werkperiode, het APB-nummer van de apotheek en het werkelijk gepresteerd aantal uren per jaar in te vullen. In werkelijk gepresteerde uren per jaar (vakantiedagen inbegrepen) stemt een voltijdse activiteit overeen met minimaal 1.877 uren, een activiteit van 75 % met minimaal 1.383 uren en een halftijdse activiteit met minimaal 939 uren. Die bijlage moet medeondertekend worden door de titularis van elke vermelde apotheek.* *Heeft u dagen van inactiviteit (arbeidsongeschiktheid, moederschapsverlof, ...) in de loop van het jaar waarvoor u uw premieaanvraag indient? Dan wordt de activiteitsdrempel berekend op basis van het aantal dagen ongeschiktheid. Gelieve in dat geval een schriftelijk getuigschrift van arbeidsongeschiktheid bij te voegen.**Bent u uw professionele activiteit begonnen in de loop van het jaar 2019? Dan wordt het bedrag van de premie berekend op basis van het aantal volledige maanden activiteit.* |

|  |
| --- |
| 1. **Eventuele opmerkingen**

(Vermeld hier uw opmerkingen en/of bijlage(n)) |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring:**
 |
| Door dit aanvraagformulier te ondertekenen, verklaar ik te voldoen aan de toekenningsvoorwaarden zoals ze zijn bepaald in deel II en dat de informatie die in deel III, IV en V is meegedeeld, correct is. **Ik voeg hierbij een kopie van het verzekeringscontract.**Datum: Handtekening: |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe verstuurt u dit formulier?**
 |
| Met een ter post **aangetekende brief:** | RIZIV, Dienst voor Geneeskundige VerzorgingKLAVVIDT, team apothekersGalileilaan 5/01, 1210 BRUSSEL |
|  |  |