

FORMULAIRE DE DEMANDE EXERCICE

2018

Régime d'avantages sociaux pour les praticiens de l'art infirmier
À l'attention de l'INAMI, Service des soins de santé, Av. de Tervuren 211, 1150 Bruxelles

**A renvoyer complété et signé à
Curalia, Rue des Deux Eglises 33, 1000 Bruxelles**

Je, soussigné(e), (nom et prénom), praticien de l'art infirmier, demande à bénéficier des avantages prévus par l'arrêté royal du 21 décembre.2017 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier.

Renseignements concernant le demandeur

Numéro INAMI :

Numéro registre national :

Adresse de contact :

Code postal/Commune :

GSM :

E-mail :

Si d'application :

Je bénéficie de la pension légale de retraite depuiset n'exerce plus d'activité comme praticien de l'art infirmier.

Pour l'année concernée :

➤ Je n'étais pas en possession de l'agrément accordé par le ministre compétent en matière de Santé publique durant plus de 15 jours calendrier, suite au retrait de cet agrément, et ce à dater du

➤ Je me suis vu(e) infliger une amende de 1.000 euros au moins par la Chambre de première instance, la chambre d'appel ou le fonctionnaire dirigeant, en date du

➤ J'ai été condamné(e) par un juge à une interdiction d'exercer l'art infirmier pour une période de plus de 15 jours calendrier, et ce à dater du (AR 21/12/2017 – art 5)

Renseignements concernant le contrat d'assurance

(À remplir par la compagnie d'assurances)

Compagnie d'assurances : **Curalia**

Numéro du contrat :

Nature du contrat (A.R. 23/01/2004-art1):

PENSION AVEC SOLIDARITE

Date de prise d'effet du contrat :

Date d'expiration éventuelle :

Numéro de compte de gestion du contrat :

IBAN BE47 3100 2364 8080 - BIC BBRUBEBB

Nom du responsable de gestion des contrats: **A. Conard Tél :02/738.71.76**

Il est attesté que le contrat répond aux dispositions contenues à l'article 46, § 1 de la loi-programme du 24 décembre 2002 qui introduit une notion de régime de solidarité dans les conventions de pension.

CURALIA
Association d'assurances mutuelles
Rue des Deux Eglises 33 - 1000 Bruxelles
☎ 02/735.80.55



Le soussigné déclare qu'un contrat d'assurance a été conclu aux conditions fixées par l'arrêté royal du 21 décembre 2017 et s'interdit d'apporter au contrat une modification quelconque qui serait contraire aux dispositions de cet arrêté royal.

Ne pas oublier de compléter le verso

DECLARATION D'ACTIVITE SUR L'HONNEUR
A remplir par le praticien de l'art infirmier

Je soussigné(e) (nom et prénom) déclare sur l'honneur que :

(cocher la case 1 **ou** la case 2)

1.	<input type="checkbox"/>	<p>J'ai, pendant l'année 2018, dispensé des prestations dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé telles que visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui correspondent à un montant d'intervention de minimum 33.000 EUR et maximum 150.000 EUR</p>
2.	<input type="checkbox"/>	<p>J'ai été en incapacité de travail et ai dispensé des prestations dans le cadre de l'article 8 de la nomenclature des prestations de santé telles que visées à l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, qui correspondent à un montant d'intervention de minimum 33.000 EUR, diminué en application du coefficient de réduction en fonction du nombre de journées d'inactivité* dans le courant de l'année concernée :</p> <p style="text-align: center;">Coefficient à appliquer =</p> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> $\left(\frac{222 - \text{nombre de journées d'inactivité}^*}{222} \right)$ </div> <p>* Par journées d'inactivité, on entend exclusivement les journées assimilées pour le calcul de la pension qui résultent :</p> <p>a) d'une maladie, d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle entraînant une incapacité au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou de l'arrêté royal du 20 juillet 1971 instituant une assurance indemnités et une assurance maternité en faveur des travailleurs indépendants et des conjoints aidants ;</p> <p>b) d'une interruption ou de non reprise du travail pour raison de repos, au plus tôt à partir du cinquième mois de grossesse, comme visé aux articles 32, alinéa 1^{er}, 2^o et 4^o, 114 et 114bis de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ;</p> <p><u>Vous devez joindre à la présente déclaration sur l'honneur, selon le cas :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - pour a), une copie de la reconnaissance d'incapacité de travail par le médecin conseil de la mutualité, l'assureur-loi ou le fonds des maladies professionnelles ; - pour b), une attestation de la mutualité ;

Je, soussigné(e), praticien(ne) de l'art infirmier, demande à bénéficier des avantages prévus par l'arrêté royal du 21/12/2017 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains praticiens de l'art infirmier et je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser à Curalia, le montant de la cotisation.

Je déclare avoir pendant l'**année 2018 entière**, exercé en tant **qu'indépendant(e) à titre principal** et je joins une attestation d'affiliation de ma caisse d'assurances sociales ;

Fait à, le

Signature :

précédée de la mention «lu et approuvé»

IMPORTANT :

Le soussigné doit savoir que faire ou utiliser des déclarations fausses 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, indemnités et allocations de toute nature, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'Etat. Dans ce cas, elles peuvent être transmises à qui de droit.