**RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-**

**EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

**Dienst voor geneeskundige verzorging**

Tervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL

**Riziv-nummer: 1 / . . . . . / . . / . . .**

**Naam en voornaam : …………………………………..**

**AANVRAAG SOCIALE VOORDELEN ARTSEN 2018**

**IN UITVOERING VAN HET KONINKLIJK BESLUIT VAN 06/03/07**

**I. ACTIVITEITSVERKLARING**

**A. ACTIVITEITSVERKLARING voor het jaar 2016 (referentiejaar)** *(vink één van de volgende 4 opties aan)*

 O

In het referentiejaar 2016 volgde ik de basisopleiding tot arts, had ik een goedgekeurd stageplan of beschikte ik over een RIZIV-nummer als erkend huisarts of arts-specialist dat ik bekomen heb na 31/12/10.

In het referentiejaar 2016 bevond ik mij niet in een situatie zoals hierboven omschreven en

* voldeed ik aan de activiteitsdrempel zoals voorzien in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 06/03/07 of
* voldeed ik aan de verminderde activiteitsdrempel zoals voorzien in bijlage 1 van het koninklijk besluit van 06/03/07 en vraag niet om mijn activiteit te assimileren.

*Verklaring hieronder enkel in te vullen indien u in het referentiejaar 2016 inactief was zoals bedoeld in artikel 1,§8 van het koninklijk besluit van 06/03/07 en u wenst dat een verminderingspercentage op de activiteitsdrempel wordt toegepast; onder dagen inactiviteit worden verstaan de dagen die worden gelijkgesteld met de dagen voor de berekening van het wettelijk pensioen:*

In het referentiejaar 2016 was ik …… dagen inactief wegens arbeidsongeschiktheid, zwangerschapsrust of vaderschapsverlof en voeg in bijlage bij deze aanvraag een schriftelijk bewijs (\*).

 O

In de loop van het referentiejaar 2016 bevond ik mij niet in de hierboven beschreven situaties, maar vraag ik mijn activiteit te assimileren. Ik heb een aanvraag tot assimilatie voor het referentiejaar 2015 ingediend en mijn professionele situatie in 2016 is onveranderd.

*In dit scenario moet u geen nieuwe assimilatieaanvraag indienen.*

 O

 O

In de loop van het referentiejaar 2016 bevond ik mij niet in de hierboven beschreven situaties maar vraag ik mijn activiteit te assimileren. Ik voeg aan dit formulier een aanvraag tot assimilatie toe omdat ik geen assimilatieaanvraag heb ingediend voor het referentiejaar 2015 of omdat ik een assimilatieaanvraag heb ingediend voor het referentiejaar 2015 maar mijn professionele situatie is gewijzigd in 2016.

**B. activiteitsverklaring voor het jaar 2018 (JAAR VAN DE AANVRAAG)** *(vink één van de volgende 2 opties aan)*

 O

Ik ben gedurende het volledige (\*\*) jaar 2018 actief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en ik ben voor mijn **volledige beroepsactiviteit** toegetreden tot het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen.

Ik ben gedurende het volledige (\*\*) jaar 2018 actief in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en ben **gedeeltelijk toegetreden** tot de bepalingen van het Nationaal akkoord artsen-ziekenfondsen. Ik heb mijn schema van gedeeltelijke toetreding via de webtoepassing [www.myriziv.be](http://www.myriziv.be) geregistreerd.

 O

**c. SPECIFICATIES BETREFFENDE HET WETTELIJK PENSIOEN**

*(enkel indien dit voor u het geval is, duidt één van de 3 volgende opties aan)*

 O

In 2018 heb ik mijn activiteit verdergezet en heb ik mijn wettelijk pensioen nog niet opgenomen. Dus kom ik in aanmerking om te genieten van de sociale voordelen.

In 2018 heb ik mijn activiteit verdergezet en ik heb mijn wettelijk pensioen opgenomen voor 1 januari 2016. Mijn pensioenovereenkomst werd voor 1 januari 2016 gesloten en is/wordt niet vereffend in 2018. Dus kom ik in aanmerking om te genieten van de sociale voordelen.

 O

In 2018 heb ik mijn activiteit verdergezet en ik heb mijn wettelijk pensioen opgenomen na 1 januari 2016 of zal dit in de loop van 2018 opnemen.

 O

 (\*) In geval van arbeidsongeschiktheid: voeg een kopie bij van de erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer, van de verzekeraar of Fedris (het Federaal agentschap voor beroepsrisico’s); in geval van zwangerschapsrust: attest van het ziekenfonds; in geval van vaderschapsverlof: attest van de werkgever. Meer info over de vermelding van het aantal dagen inactiviteit vindt u op onze website www.riziv.be > Professionals > Individuele zorgverleners > Artsen > Financiële tegemoetkomingen > het sociaal statuut van de arts.

(\*\*) Aan de vastgelegde voorwaarde dat uw activiteit betrekking heeft op het volledige jaar hoeft u niet te voldoen als u in 2018 voor de eerste keer tot het akkoord toetreedt bij de toekenning van uw eerste RIZIV-nummer, met pensioen gaat, een stage in het buitenland loopt op basis van een goedgekeurd stageplan of langdurig arbeidsongeschikt bent (voeg in dit laatste geval in bijlage van deze aanvraag een medisch attest).

***Gelieve ook de verso-zijde in te vullen***

**II. TOEWIJZING VAN DE SOCIALE VOORDELEN VOOR HET JAAR 2018** *(vink één van de volgende 2 opties aan)*

 O

Ik reserveer bij de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV mijn recht op hetzij een pensioen in geval van rust,

hetzij een pensioen bij overlijden, hetzij beide pensioenen.

Burgerlijke staat:

*Opgelet: u kunt enkel voor deze optie kiezen als u reeds vóór 2017 een recht op een pensioen bij de Dienst voor geneeskundige verzorging heeft gereserveerd.*

 O

Ik verklaar dat ik een contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of een pensioenovereenkomst met de hierna vermelde onderneming of erkende instelling heb afgesloten dat beantwoordt aan de voorwaarden die zijn vastgesteld bij het koninklijk besluit van 6 maart 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige artsen. Ik verzoek bijgevolg de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV om het bedrag van de bijdrage op het hieronder vermelde rekeningnummer te storten.

**Inlichtingen betreffende het verzekeringscontract:**

 Stempel van de verzekeringsmaatschappij :

Pensioenkas of verzekeringsmaatschappij :

………………………………………………......

Nummer van het contract : ……………………..

Aard van het contract:

…………………………………………………..

Ingangsdatum van het contract : ………………..

Eventuele vervaldatum : ………………………..

IBAN - Rekeningnummer voor het beheer van het contract :

………………………………………………………………………………….(uniek rekeningnummer voor alle verstrekkers)

BIC - Bankidentificatiecode ………………………………………………………………………………………………………

**III. ONDERTEKENING VAN HET FORMULIER**

Door het formulier hieronder te dateren en te ondertekenen, verklaart u op eer dat de door u meegedeelde gegevens juist zijn.

Datum: ....................................................

Handtekening en stempel (voorafgegaan door geschreven melding “Gelezen en goedgekeurd”):

***OPGELET : Het volledig ingevuld en ondertekend document moet naar de Dienst voor geneeskundige verzorging worden teruggestuurd vóór 30 juni 2018.***