

FORMULAIRE DE DEMANDE POUR L'EXERCICE 2018
Régime d'avantages sociaux pour les logopèdes

Renvoyer ce formulaire dûment complété avant le 31 mars à l'attention de :
INAMI, Soins de Santé – Rue Fabry 25, 4000 Liège

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

Je, soussigné(e), (nom et prénom), logopède, demande à bénéficier des avantages prévus par l'arrêté royal du 27 novembre 2016 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains logopèdes.

Renseignements concernant le demandeur

Adresse de contact :

Code postal/Commune :

Tél privé.:

Numéro registre national :

Date de naissance :

Numéro INAMI :

Si d'application :

- Je bénéficie de la pension légale de retraite depuis
- Pour l'année concernée (AR du 27/11/2016 – Art.5):
 - 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 le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, en date du
 - J'ai été condamné(e) par un juge à une interdiction d'exercer la logopédie pour une période de plus de 15 jours calendrier, et ce à dater du

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. 27/11/2016-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: **F. De corte** Tél :**02/738.71.90**

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 23 janvier 2004 et s'interdit d'apporter au contrat une modification quelconque qui serait contraire aux dispositions de cet arrêté royal.

Je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser à **Curalia** le montant de la cotisation.

Fait à, le

Signature
précédée de la mention «lu et approuvé»

DECLARATION D'ACTIVITE SUR L'HONNEUR
A remplir par le logopède

Je soussigné(e) (nom et prénom)
déclare sur l'honneur avoir dispensé pendant l'année 2018 un nombre de prestations ou de valeurs R* équivalent ou supérieur à : (cocher la case 1 OU 2 OU une case au point 3)

1.	<input type="checkbox"/>	900 prestations ou 15.750 valeurs R		
2.	<input type="checkbox"/>	2.000 prestations ou 35.000 valeurs R mais pas supérieur à 4.000 prestations ou 70.000 valeurs R		
3.		<p>Si vous avez été en incapacité de travail, et si vous n'atteignez pas un des seuils ci-dessus, il est possible de réduire ces niveaux de prestation d'un facteur proportionnel au nombre de journées d'inactivité¹ durant l'année concernée.</p> <p>En multipliant les seuils ci-dessus par le coefficient de réduction calculé comme suit :</p> $\text{Coefficient de réduction} = \frac{(222 - \text{Nombre de journées d'incapacité de travail})}{222}$ <p>j'atteins le ...</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Seuil 1 réduit</td> <td style="border: 1px solid black; width: 50%; text-align: center;"><input type="checkbox"/> Seuil 2 réduit</td> </tr> </table> <p>¹ Par journées d'inactivité, on entend exclusivement les journées assimilées pour le calcul de la pension qui résultent :</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 ; 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 à l'article 32, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 ; c) d'un congé de paternité comme visé à l'article 30, § 2 de la loi du 3 juillet 1978 relative aux contrats de travail. <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 ; - pour c), une attestation de l'employeur. 	<input type="checkbox"/> Seuil 1 réduit	<input type="checkbox"/> Seuil 2 réduit
<input type="checkbox"/> Seuil 1 réduit	<input type="checkbox"/> Seuil 2 réduit			

(*) Les seules prestations prises en considération sont celles dispensées dans le cadre de l'article 36 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.

Je déclare que l'activité susmentionnée a donné lieu au paiement de cotisations sociales en tant que salarié ou indépendant.

Fait à, le

Signature :

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.