|  |  |
| --- | --- |
|  | **Sociaal statuut apotheker – Premieaanvraag voor 2019 – Betwisting van de beslissing genomen door de Dienst Geneeskundige Verzorging** |

|  |
| --- |
| 1. **Voorafgaande informatie :**
 |
| * Uw aanvraag van de premie 2019 (aan te vragen in 2020) gebeurt liefst digitaal. We hebben in [MyRiziv](https://www.inami.fgov.be/nl/toepassingen/Paginas/my-riziv.aspx) een module ontwikkeld waarmee u alle nodige informatie over uw dossier kunt uitwisselen. U kan deze dossier raadplegen via MyRiziv in de rubriek ‘sociaal statuut’.
* U kan de beslissing m.b.t. uw aanvraag online te betwisten.
* Indien u niet in de mogelijkheid bent om uw betwisting online in te dienen, dan kan u ons deze ook per aangetekende brief toesturen. De contactgegevens vindt u onderaan dit formulier.
* U kan alle informatie i.v.m. het sociaal statuut op onze [website](https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/individuelezorgverleners/apothekers/Paginas/sociaal-statuut-apotheker.aspx) terugvinden.
 |

|  |
| --- |
| 1. **Uw gegevens :**
 |
| **Uw RIZIV-nummer waarvoor u de beslissing betwist :** |   |
| **Uw naam en voornaam :** |   |
| **Uw e-mailadres :** |   |
| **Uw telefoonnummer :** |   |

|  |
| --- |
| 1. **Uw betwisting :**
 |
| **Wat betwist u en wat zijn de redenen voor uw betwisting ?***Opgelet! Om gegrond verklaard te worden, dient u een of meer bewijzen bij te voegen die uw betwisting rechtvaardigen. Zie de mogelijke soorten bewijs die moeten worden geleverd in de bijlage bij dit formulier.* |
| **Aantal bijlagen:** |
| **Bedrag van de premie waarop u meent recht te hebben : 1.504,88 € 2.257,31 € 3.009,75€ Ander bedrag :** |

|  |
| --- |
| 1. **Uw verklaring :**
 |
| Door dit aanvraagformulier te ondertekenen, verklaar ik dat de gegevens in deel II en III correct zijn en dat ik de nodige documenten bijvoeg om mijn betwisting te motiveren.Datum : Handtekening : |

|  |
| --- |
| 1. **Hoe opsturen ?**
 |
| Per **aangetekende** zending binnen de **60 dagen** vanaf de datum van de kennisgeving van de beslissing**:** | RIZIV, Dienst voor geneeskundige verzorgingKLAVVIDT, team apothekersTervurenlaan 211, 1150 BRUSSEL |
|  |  |

|  |
| --- |
| **BIJLAGE : Niet-limitatieve lijst met mogelijke redenen en te verstrekken bewijs.** **Deze lijst en instructies zijn indicatief, hieraan kunnen geen rechten worden ontleend** |
| **Reden voor betwisting** | **Te verstrekken bewijzen** |
| *Ik heb ten minste één contract dat een vervangingsinkomen garandeert in de vorm van een invaliditeits- of pensioenovereenkomst met een verzekeringsinstelling**Ik beschik niet meer over bovenstaand contract aangezien ik het wettelijk rustpensioen heb opgenomen.* | *Laat ons weten dat u een contract heeft en neem contact op met uw verzekeraar om dit te laten registreren in uw online dossier.* ***We kunnen dit niet in zijn plaats doen.****U moet ons uw rekeningnummer meedelen via MyRIZIV of door het daarvoor bestemde formulier aangetekend te versturen.* |
| *Ik heb de activiteitsdrempel bereikt die overeenkomt met het premiebedrag waar ik meen recht op te hebben.* | *U heeft verschillende mogelijkheden:*1. *Contract of factuur en betalingsbewijs*
2. *Door de apotheker-titularis medeondertekende documenten met vermelding van het aantal gewerkte uren per periode en plaats van tewerkstelling.*
 |
| *Ik heb dagen van inactiviteit waarmee rekening kan worden gehouden bij de berekening van de activiteitsdrempel waardoor ik de premie kan ontvangen, zonder dat het totaal van deze periodes het hele premiejaar beslaat* | *Met betrekking tot de beroepsinactiviteit voorzien in artikel 7, §2 van het Koninklijk besluit van 5 mei 2020, bestaat* ***dit schriftelijk bewijs*** *uit een kopie van de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid van uw adviserend arts, van de wetsverzekeraar of van het fonds voor beroepsziekten, of een attest van de werkgever of een ziekenfonds, op voorwaarde dat deze gegevens niet reeds door het RIZIV in de aanvraag worden verklaard.* |
| *Mijn aanvraag werd tijdig per post ingediend* | *Bewijs van de aangetekende zending* |