

**DENTISTES**

**DEMANDE D'AVANTAGES SOCIAUX DENTISTES POUR L'ANNEE**

.....

**EN EXECUTION DE L'ARRETE ROYAL DU 17/08/07**

**I. DEMANDE DES AVANTAGES SOCIAUX POUR CERTAINS DENTISTES POUR L'ANNEE .....**

**DECLARATION DE L'ACTIVITE** (cocher une des 2 options suivantes, une seule option est possible)

Je suis actif durant toute <sup>(\*/\*\*)</sup> l'année 2017 dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et j'ai adhéré pour mon activité professionnelle complète à l'Accord national dento-mutualiste.

Je suis actif durant toute <sup>(\*/\*\*)</sup> l'année 2017 dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et j'ai adhéré aux dispositions de l'Accord national dento-mutualiste aux conditions suivantes :

L'activité professionnelle exercée dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé **en dehors** du respect des termes de l'accord national dento-mutualiste est la suivante :

ACTIVITE <b>NON</b> CONVENTIONNEE		
Jours	Adresse complète	Heures (de...jusqu'à...)
<i>Voir mon schéma d'adhésion partielle dans MyInami (www.myinami.be) (les plages horaires ne doivent plus être mentionnées ici)</i>		

L'activité professionnelle exercée dans le régime de l'assurance obligatoire soins de santé **dans** le respect des termes de l'accord précité est la suivante :

ACTIVITE CONVENTIONNEE		
Jours	Adresse complète	Heures (de...jusqu'à...)
<i>Voir mon schéma d'adhésion partielle dans MyInami (www.myinami.be) (les plages horaires ne doivent plus être mentionnées ici)</i>		

(\*) Si vous êtes en incapacité de travail de longue durée :

Veillez ajouter une copie de la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, l'assureur ou le Fonds des maladies professionnelles. Cette attestation est indispensable.

(\*\*) Si vous exercez à l'étranger dans le cadre de votre plan de stage :

Veillez mentionner la période de ce stage : de ...../...../..... jusqu'à ...../...../..... .

**Prière de remplir et de signer également le verso**

## II. OCTROI DES AVANTAGES SOCIAUX POUR L'ANNEE 2017

### CONCLUSION D'UN CONTRAT DE REVENU DE REMPLACEMENT EN CAS D'INVALIDITE ET/OU D'UNE CONVENTION DE PENSION AUPRES D'UNE ENTREPRISE OU D'UN ORGANISME AGREE

O	<p>Je déclare avoir conclu un contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou une convention de pension avec l'entreprise ou l'organisme agréé repris ci-après. Ce contrat satisfait aux conditions fixées par l'arrêté royal du 17 août 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains dentistes. Par conséquent, je prie le Service des soins de santé de l'INAMI de verser le montant de la cotisation sur le numéro de compte mentionné ci-dessous.</p> <p><b><u>Renseignements concernant le contrat d'assurance:</u></b></p> <p>Caisse de pension ou compagnie d'assurance : .....</p> <p>Numéro du contrat : .....</p> <p>Nature du contrat: .....</p> <p>Date de prise d'effet du contrat : .....</p> <p>Date d'expiration éventuelle : .....</p> <p>IBAN – Numéro de compte pour la gestion du contrat : ..... (numéro de compte unique pour tous les dispensateurs)</p> <p>BIC – Code d'identification de la banque : .....</p>	<p>Cachet de la compagnie d'assurance:</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%;"></div>
---	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## III. SIGNATURE DU FORMULAIRE

En datant et signant ce formulaire, vous déclarez sur l'honneur que les données que vous avez mentionnées sont correctes.

Date: .....

Signature et cachet (précédés de la mention manuscrite "Lu et approuvé"):

***ATTENTION : Le document valablement complété et signé doit être introduit au Service des soins de santé au plus tard le.....***