

**DEMANDE D'AVANTAGES SOCIAUX MEDECINS POUR L'ANNEE
EN EXECUTION DE L'ARRETE ROYAL DU 06/03/07**

I. DECLARATION DE L'ACTIVITE

A. DECLARATION DE L'ACTIVITE POUR L'ANNEE (ANNEE DE REFERENCE) (cocher une des 2 options suivantes)

<input type="radio"/>	Au cours de l'année de référence, je suivais la formation de base de médecin, j'avais un plan de stage approuvé ou je disposais d'un numéro INAMI de médecin généraliste ou de médecin spécialiste agréé que j'ai obtenu après le 31/12/09.
<input type="radio"/>	Au cours de l'année de référence....., je ne me trouvais pas dans une des situations décrites ci-dessus, mais je remplissais la condition de seuil d'activité prévue à l'article 1 ^{er} de l'arrêté royal du 06/03/07. <i>Ne complétez la déclaration ci-dessous que si vous étiez inactif au cours de l'année de référence 2015 au sens de l'article 1^{er}, § 8, de l'arrêté royal du 06/03/07 et que vous souhaitez qu'un pourcentage de réduction soit appliqué au seuil d'activité; on entend par jours d'inactivité les jours qui sont assimilés à ceux pris en considération pour le calcul de la pension légale :</i> Au cours de l'année de référence....., j'ai été inactif durantjours pour cause d'incapacité de travail, de repos d'accouchement ou de congé de paternité. Je joins une preuve écrite (*) en annexe à la présente demande.

B. DECLARATION DE L'ACTIVITE POUR L'ANNEE 2017 (ANNEE DE LA DEMANDE) (cocher une des 2 options suivantes)

<input type="radio"/>	Je suis actif durant toute (**) l'année dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et j'ai adhéré pour mon activité professionnelle complète à l'Accord national médico-mutualiste.
<input type="radio"/>	Je suis actif durant toute (**) l'année dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et j'ai adhéré aux dispositions de l'Accord national médico-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 médico-mutualiste** est la suivante (max. 3 plages horaire pour les généralistes ou max. 4 plages horaire pour les spécialistes) :*

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

(*) En cas d'incapacité de travail : copie de la reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil, l'assureur ou le Fonds des maladies professionnelles; en cas de repos d'accouchement : attestation de la mutualité ; en cas de congé de paternité : attestation de votre employeur. Vous trouverez plus d'infos sur la mention du nombre de jours d'inactivité sur notre site web www.inami.be > professionnels > professionnels de la santé > médecins > interventions financières > le statut social du médecin.

(**) Vous ne devez pas satisfaire à la condition d'une activité exercée pendant toute l'année si vous adhérez pour la première fois en 2017 à l'Accord lors de l'attribution de votre premier numéro INAMI, si vous prenez votre pension de retraite, si vous suivez un stage à l'étranger sur base d'un plan de stage approuvé ou si vous êtes en incapacité de travail de longue durée (dans ce dernier cas joindre une attestation médicale en annexe à la demande).

II. OCTROI DES AVANTAGES SOCIAUX POUR L'ANNEE (cocher une des 2 options suivantes)

O	<p>Je réserve auprès du Service des soins de santé de l'INAMI mon droit à une pension en cas de retraite, à une pension en cas de décès ou aux deux pensions.</p> <p>Etat civil:</p> <p><i>Attention: Vous ne pouvez choisir cette option que si vous avez déjà réservé un droit à une pension auprès du Service des soins de santé auparavant (donc avant 2017).</i></p>
----------	---

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 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins. 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><u>Renseignements concernant le contrat d'assurance:</u></p> <table><tr><td>Caisse de pension ou compagnie d'assurance :</td><td rowspan="2" style="text-align: center; vertical-align: middle;">Cachet de la compagnie d'assurance: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div></td></tr><tr><td>Numéro du contrat :</td></tr><tr><td>Nature du contrat:</td><td></td></tr><tr><td>Date de prise d'effet du contrat :</td><td></td></tr><tr><td>Date d'expiration éventuelle :</td><td></td></tr><tr><td>IBAN – Numéro de compte pour la gestion du contrat :</td><td style="text-align: center;">(numéro de compte unique pour tous les dispensateurs)</td></tr><tr><td>BIC – Code d'identification de la banque :</td><td></td></tr></table>	Caisse de pension ou compagnie d'assurance :	Cachet de la compagnie d'assurance: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	Numéro du contrat :	Nature du contrat:		Date de prise d'effet du contrat :		Date d'expiration éventuelle :		IBAN – Numéro de compte pour la gestion du contrat :	(numéro de compte unique pour tous les dispensateurs)	BIC – Code d'identification de la banque :	
Caisse de pension ou compagnie d'assurance :	Cachet de la compagnie d'assurance: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>													
Numéro du contrat :														
Nature du contrat:														
Date de prise d'effet du contrat :														
Date d'expiration éventuelle :														
IBAN – Numéro de compte pour la gestion du contrat :	(numéro de compte unique pour tous les dispensateurs)													
BIC – Code d'identification de la banque :														

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 est à retourner au Service des soins de santé avant le