

FORMULAIRE DE DEMANDE EXERCICE

**Régime d'avantages sociaux pour les pharmaciens
À l'attention de R.G.F., Avenue du Chêne 146, 4802 HEUSY**

☎ : 087/22.63.44.

Je soussigné(e), (nom et prénom) ai exercé durant l'exercice la fonction de pharmacien en qualité de/en :

- Titulaire propriétaire Titulaire non propriétaire Conjoint aidant
 Adjoint Remplaçant Pharmacien-biologiste
 Indépendant Salarié
 Officine publique n°: Officine hospitalière n°:

Renseignements concernant le demandeur

Adresse privée :	Date de naissance :
Code postal/commune :	Numéro Registre national :
Numéro INAMI :	Officine actuelle n° :
Adresse prof. actuelle :	Code postal/commune :
Fonction actuelle :	Depuis le :
☎ prof. :	☎ privé :

Le cas échéant :
 Je bénéficie de la pension légale de retraite depuis et n'exerce plus d'activité professionnelle en tant que pharmacien.....
 J'ai fait l'objet d'une suspension, condamnation ou interdiction. Si oui, période :
(A.R. 18/03/1971 - art. 4 bis)

Renseignements concernant le contrat d'assurance

Cachet de la compagnie d'assurance :

Caisse de pension ou compagnie d'assurance :
Delta Lloyd (R.G.F.)

Numéro du contrat :

Nature du contrat (A.R. 18/03/71 – art. 1^{er}) :
.....

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'indentification de la banque :
.....

Le soussigné s'engage à ne pas apporter au contrat de modifications qui seraient contraires aux dispositions de l'arrêté royal précité du 18 mars 1971 ni aux instructions qui en découlent et déclare avoir conclu un contrat d'assurance qui satisfait aux conditions fixées par l'arrêté royal du 18 mars 1971 instituant un régime d'avantages sociaux et sollicite le bénéfice de l'avantage du Statut social, conformément à l'article 7 de la convention nationale entre les pharmaciens et les organismes assureurs.

Je prie dès lors le Service des soins de santé de l'INAMI de verser le montant de la cotisation au compte bancaire susvisé.

Fait à , le

Signature
précédée de la mention «lu et approuvé»

DÉCLARATION D'ACTIVITÉ SUR L'HONNEUR
À compléter uniquement par le pharmacien qui travaillait en qualité de biologiste, d'adjoint, de remplaçant ou de conjoint aidant pendant l'entièreté ou une partie de l'année
(A.R. 18/03/1971, art. 4 § 2)

- Activité à durée moyenne de minimum 38 heures/semaine
 - Activité à durée moyenne de minimum 28 heures/semaine
 - Activité à durée moyenne de minimum 19 heures/semaine
- Si vous avez exercé en une activité mixte (titulaire, non-titulaire), veuillez indiquer la période de travail en qualité de
- titulaire :
- non-titulaire :

Tableau à compléter

Période	N° officine ou labo	Nombre réel d'heures effectuées par an (*)	Signature du titulaire

(*) Calculée en nombre d'heures réellement effectuées en base annuelle (hors journées de vacances), une activité à temps plein correspond à minimum 1748 heures, une activité à 75 % à minimum 1288 heures et une activité mi-temps à minimum 874 heures.

Le cas échéant :

J'ai été en incapacité de travail pendant plus d'un mois et je joins une attestation de la mutualité.
Je déclare que l'activité mentionnée a donné lieu au paiement de cotisations sociales.

Fait à , le

Signature :

IMPORTANT :

Les signataires doivent savoir que faire ou utiliser de fausses déclarations 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, d'indemnités et d'allocations de quelque nature que ce soit, qui sont, en tout ou en partie, à charge de l'État. Dans ce cas, elles peuvent être transmises à qui de droit.