

2010

MEDECINS

Numéro INAMI :
.....

**REGIME D'AVANTAGES SOCIAUX
EN EXECUTION DE L'ARRETE
ROYAL DU 06/03/07**

Nom, prénom :

Adresse complète :

Téléphone :

E-mail :

I. DEMANDE DES AVANTAGES SOCIAUX RESERVES A CERTAINS MEDECINS POUR L'ANNEE 2010

Le (la) soussigné(e) demande le bénéfice des avantages sociaux selon les conditions d'activité décrites ci-dessous :

<input type="radio"/>	J'ai adhéré aux termes de l'Accord national médico-mutualiste en vigueur pour mon activité professionnelle complète au cours de toute la durée de l'année
-----------------------	---

<input type="radio"/>	J'ai adhéré aux termes de l'Accord national médico-mutualiste en vigueur selon les 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		
Dates	Lieu	Heures

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		
Dates	Lieu	Heures

Cette activité constitue mon activité professionnelle complète *oui *non (biffer)

CANDIDAT-SPECIALISTE : je suis en stage à l'étranger dans le cadre de mon plan de stage du/..../.... au/..../....

INCAPACITE DE TRAVAIL DEFINITIVE : je suis en incapacité de travail définitive depuis le/..../....

DATE :

SIGNATURE ET CACHET :

II. OCTROI DES AVANTAGES SOCIAUX

Attention : si vous remplissez la rubrique A, vous ne devez pas remplir la rubrique B et inversement.

A. RESERVATION DU DROIT A UNE PENSION AUPRES DU SERVICE DES SOINS DE SANTE

Je soussigné (nom et prénom) :

Etat civil :

déclare réserver auprès du Service des soins de santé, mon droit à une pension en cas de retraite ou à une pension en cas de décès ou aux deux pensions.

Date et signature :

B. 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

A compléter par le médecin

Le (la) soussigné(e) (Nom et prénom du contractant) :

déclare qu'un contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou une convention de pension a été souscrit auprès de l'entreprise ou organisme agréé suivant : **Delta Lloyd (RGF)**
qui répond aux conditions fixées par l'arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins.

Renseignements relatifs au contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou à la convention de pension :

Numéro du contrat ou de la convention : **A émettre**

Nature : invalidité - retraite - survie au profit de(biffer ce qui ne convient pas)

Date d'entrée en vigueur : date de fin :

Etat civil du contractant :

Le (la) soussigné(e) s'interdit d'apporter au contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou à la convention de pension une modification quelconque qui serait contraire aux dispositions de l'arrêté royal précité et aux instructions qui en découlent.

Déclaration à compléter par l'entreprise ou organisme agréé :

Le (la) soussigné(e) (Nom et prénom) :

agissant au nom de (Dénomination) : **Delta Lloyd Life**

certifie que les renseignements relatifs au contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou à la convention de pension conclu entre (Nom et prénom du contractant) :

et cette entreprise ou organisme agréé sont exacts et que le montant de la cotisation versée est entièrement affecté au contrat de revenu de remplacement en cas d'invalidité ou à la convention de pension susvisé. En outre, il est attesté que la convention de pension 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.

Sceau de l'entreprise ou organisme agréé,

Date et signature du responsable de l'entreprise ou organisme agréé.

IBAN – Numéro de compte :

BIC – Code d'identification bancaire :

Le (la) soussigné(e) prie le Service des soins de santé de l'INAMI de verser le montant de la cotisation sur le numéro de compte susmentionné au nom de

Mention manuscrite "Lu et approuvé"

Signature et cachet.

Date :

**ATTENTION : Le document valablement complété est à retourner à
R.G.F., Avenue du Chêne 146, 4802 Heusy avant le 30 juin 2010.**