

**DEMANDE D'AVANTAGES
SOCIAUX
DENTISTES 2019
EN EXECUTION DE L'ARRETE
ROYAL DU 17/08/07**

Nom et prénom:

Adresse

.....

I. DEMANDE DES AVANTAGES SOCIAUX POUR CERTAINS DENTISTES POUR L'ANNEE 2019

A. DECLARATION DE L'ACTIVITE 2019 (cocher une des 2 options suivantes, une seule option est possible)

Je suis actif durant toute ^(**) l'année 2019 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 ^(**) l'année 2019 dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et j'ai adhéré partiellement aux dispositions de l'Accord national dento-mutualiste. J'ai communiqué mon schéma d'adhésion partielle via l'application www.myinami.be.

B. SI VOUS AVEZ PRIS VOTRE PENSION LEGALE OU LA PRENDREZ EN 2019

Veuillez en indiquer la date/...../.....
------------------------------	-------------------

Attention : si vous avez une convention de pension, celle-ci doit avoir été conclue avant le 01/01/2016 et ne pas avoir été liquidée.

Si tel est le cas, vous ne pouvez pas bénéficier des avantages sociaux. Un autre avantage est en cours d'élaboration. Vous pourrez lire plus d'informations sur notre site Web dès que toutes les réglementations auront été publiées au Moniteur belge. Vous pouvez vous inscrire à notre newsletter sur la page d'accueil de www.inami.be.

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

Ajoutez 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.

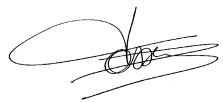
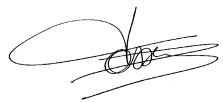
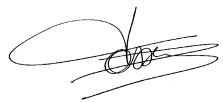
(**) Si vous exercez à l'étranger dans le cadre de votre plan de stage:

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

*N'oubliez pas de remplir également et de **signer** le verso*

II. OCTROI DES AVANTAGES SOCIAUX POUR L'ANNEE 2019

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>Renseignements concernant le contrat d'assurance:</p> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; vertical-align: top;"><p>Caisse de pension ou compagnie d'assurance : Curalia</p><p>Numéro du contrat :</p><p>Nature du contrat: Pension avec solidarité</p><p>Date de prise d'effet du contrat :</p><p>Date d'expiration éventuelle :</p><p>Numéro de compte pour la gestion du contrat : IBAN BE47 3100 2364 8080 – BIC BBRUBEBB au nom de Curalia</p></td><td style="width: 50%; text-align: center; vertical-align: middle;"><p>Curalia Association d'Assurances Mutuelles Compagnie d'Assurance sur la vie agréée sous le n° 0809 Rue des Deux Eglises 33 - 1000 Bruxelles</p></td></tr></table>	<p>Caisse de pension ou compagnie d'assurance : Curalia</p> <p>Numéro du contrat :</p> <p>Nature du contrat: Pension avec solidarité</p> <p>Date de prise d'effet du contrat :</p> <p>Date d'expiration éventuelle :</p> <p>Numéro de compte pour la gestion du contrat : IBAN BE47 3100 2364 8080 – BIC BBRUBEBB au nom de Curalia</p>	<p>Curalia Association d'Assurances Mutuelles Compagnie d'Assurance sur la vie agréée sous le n° 0809 Rue des Deux Eglises 33 - 1000 Bruxelles</p> 
<p>Caisse de pension ou compagnie d'assurance : Curalia</p> <p>Numéro du contrat :</p> <p>Nature du contrat: Pension avec solidarité</p> <p>Date de prise d'effet du contrat :</p> <p>Date d'expiration éventuelle :</p> <p>Numéro de compte pour la gestion du contrat : IBAN BE47 3100 2364 8080 – BIC BBRUBEBB au nom de Curalia</p>	<p>Curalia Association d'Assurances Mutuelles Compagnie d'Assurance sur la vie agréée sous le n° 0809 Rue des Deux Eglises 33 - 1000 Bruxelles</p> 		

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"):

**Formulaire à renvoyer, dûment complété et sans délai,
à Curalia - Rue des Deux Eglises 33 à 1000 BRUXELLES (T: 02/735.80.55)**

ATTENTION : Le document valablement complété et signé doit impérativement être introduit au Service des soins de santé au plus tard le 31 octobre 2019.