

Tervurenlaan 211
1150 BRUSSEL

2011

**REGELING VAN SOCIALE
VOORDELEN
IN UITVOERING VAN HET
KONINKLIJK BESLUIT VAN 17/08/07**

Naam, Voornaam :

Volledig adres :

.....

I. AANVRAAG VAN DE SOCIALE VOORDELEN VOORZIEN VOOR SOMMIGE TANDARTSEN VOOR HET JAAR 2011

Ondergetekende vraagt om te genieten van de sociale voordelen volgens de activiteitsvoorwaarden hieronder vermeld:

<input type="radio"/>	Ik ben voor het volledig jaar, voor mijn volledige beroepsactiviteit, toegetreden tot de bepalingen van het in voege zijnde Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen.
-----------------------	---

<input type="radio"/>	Ik ben toegetreden tot de bepalingen van het in voege zijnde Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen onder volgende voorwaarden:
-----------------------	---

De beroepsactiviteit uitgeoefend binnen het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging overeenkomstig de bedingen van het Nationaal akkoord tandheelkundigen-ziekenfondsen, is de volgende :

GECONVENTIONEERDE ACTIVITEIT		Uren	
dag	plaats	voormiddag	namiddag
maandag		van tot	van tot
dinsdag		van tot	van tot
woensdag		van tot	van tot
donderdag		van tot	van tot
vrijdag		van tot	van tot
zaterdag		van tot	van tot

De beroepsactiviteit uitgeoefend binnen het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging niet overeenkomstig de bedingen van bovenvermeld akkoord is de volgende :

NIET-GECONVENTIONEERDE ACTIVITEIT		Uren	
dag	plaats	voormiddag	namiddag
maandag		van tot	van tot
dinsdag		van tot	van tot
woensdag		van tot	van tot
donderdag		van tot	van tot
vrijdag		van tot	van tot
zaterdag		van tot	van tot

Deze activiteit omvat mijn volledige beroepsactiviteit.

KANDIDAAT-SPECIALIST : in het kader van mijn stageplan verricht ik een stage in het buitenland vantot

DEFINITIEVE ARBEIDSONGESCHIKTHEID : ik ben arbeidsongeschikt sinds

DATUM:

HANDTEKENING EN STEMPEL:

Gelieve ook de verso in te vullen

II. TOEWIJZING VAN DE SOCIALE VOORDELEN

AFSLUITEN VAN EEN CONTRACT VOOR EEN VERVANGINGSINKOMEN IN GEVAL VAN INVALIDITEIT EN/OF EEN PENSIOENOVEREENKOMST BIJ EEN ONDERNEMING OF EEN ERKENDE INSTELLING

In te vullen door de tandarts

De ondergetekende (naam en voornaam van de contractant) :
verklaart dat een contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of een pensioenovereenkomst bij de hiernavermelde onderneming of erkende instelling is afgesloten :
dat beantwoordt aan de voorwaarden die zijn vastgesteld bij het koninklijk besluit van 17 augustus 2007 tot instelling van een regeling van sociale voordelen voor sommige tandartsen.

Inlichtingen betreffende het contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of de pensioenovereenkomst:

Nummer van het contract of van de overeenkomst :

Aard : invaliditeit - rust - overleving ten voordele van

(Schrappen wat niet past)

Ingangsdatum :

einddatum :

Burgerlijke staat van de contractant :

De ondergetekende verbindt zich ertoe in het contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of in de pensioenovereenkomst geen wijziging aan te brengen die strijdig zou zijn met de bepalingen van evengenoemd koninklijk besluit en met de instructies die eruit voortvloeien.

Verklaring te vervolledigen door de onderneming of de erkende instelling :

De ondergetekende (Naam en voornaam) :

handelend in naam van (benaming) :

bevestigt dat de inlichtingen betreffende het contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of de pensioenovereenkomst afgesloten tussen (Naam en voornaam van contractant) :

en deze onderneming of erkende instelling juist zijn en dat het bedrag van de gestorte bijdrage volledig bestemd is voor het bovenvermelde contract voor een vervangingsinkomen in geval van invaliditeit of de pensioenovereenkomst. Bovendien, wordt geattesteerd dat de pensioenovereenkomst beantwoordt aan de bepalingen van artikel 46, § 1 van de programmawet van 24 december 2002, waarmee het begrip solidariteitsregime in de pensioenovereenkomsten wordt ingevoerd.

Stempel van de onderneming of de erkende instelling,

Datum en handtekening van de verantwoordelijke van de onderneming of de erkende instelling.

IBAN – Rekeningnummer :

BIC – Bankidentificatiecode :

De ondergetekende verzoekt de Dienst voor geneeskundige verzorging van het RIZIV het bedrag van de bijdrage te storten op het hierboven vermelde rekeningnummer op naam van

Geschreven melding "Gelezen en goedgekeurd"

Datum:

Handtekening en stempel.