

# FORMULAIRE D'INSCRIPTION

À remplir en lettres capitales et à nous faire parvenir :

- soit par courrier à la **Chambre de Médecine Dentaire, boulevard Tirou, 25/021 - 6000 Charleroi**
- soit par e-mail à l'adresse **info@lacmd.be**

Nom : .....Prénom : .....  
(nom de jeune fille, pour les consœurs)

Adresse :

.....  
(domicile légal)

Localité : ..... Code Postal : .....

N° INAMI : ..... Téléphone : .....

E-mail : .....

- Je désire recevoir les documents par :
  - Mail  Courrier
- J'ai pris connaissance des règles de RGPD sur le site **www.lacmd.be**
- Je suis intéressé par une RC professionnelle AMMA
- Je préfère recevoir l'Incisif par E-mail

				Montant
<b>1. Cotisation CMD (voir tarifs 2025)</b>				
<b>2. Assurance hospitalisation DKV</b>				
	Nom	Prénom	Date de naissance	
Membre				
Conjoint				
Enfant 1				
Enfant 2				
Enfant 3				
Enfant 4				
Enfant 5				
<b>3. Total à payer sur le compte BE28 1096 6600 0120 (cotisation + assurances) :</b>				

Si vous aviez déjà souscrit à l'assurance hospitalisation l'an passé, il faut uniquement compléter et renvoyer ce document pour le 15 avril au plus tard.

Si vous souscrivez pour la première fois, demandez sans délai le formulaire « Proposition d'assurance » au secrétariat.

## Conditions d'assurance

- C'est l'âge au 1<sup>er</sup> mai de l'année d'assurance qui compte pour le calcul de la prime annuelle.  
Les enfants dont le statut change en cours d'année restent assurés jusqu'à la prochaine échéance.
- C'est l'âge du preneur d'assurance qui détermine le montant de la prime de tous les adultes de la famille.
- Le membre peut s'assurer seul, mais, s'il veut assurer un membre de la famille, il doit les assurer tous.
- Toute fausse déclaration entraîne la déchéance de vos droits.
- Pour être assuré, il faut être membre de la CMD et en ordre de cotisation.

Si vous désirez nous rejoindre à partir de votre assurance existante, notre courtier est à votre service pour vous assister.