

Considérant la nécessité de déterminer sans délai le coefficient d'adaptation de certains montants pour tenir compte du coût de la construction afin d'éviter que certains contrats d'assurance incendie disparaissent de la catégorie des risques simples,

## Arrêté

**Article unique.** En exécution de l'article 2, § 3, de l'arrêté royal du 1<sup>er</sup> février 1988 réglementant l'assurance contre l'incendie et d'autres périls, en ce qui concerne les risques simples, les montants visés à l'article 2, §§ 1<sup>er</sup> et 2, et à l'annexe de l'arrêté royal cité ci-dessus, sont multipliés par le facteur 1,067 pour la période du 1<sup>er</sup> janvier 1990 au 30 juin 1990.

Bruxelles, le 4 décembre 1989.

W. CLAES

Overwegende dat het noodzakelijk is zo spoedig mogelijk de aanpassingscoëfficiënt vast te stellen van bepaalde bedragen van de bouwkosten ten einde te vermijden dat bepaalde brandverzekeringsovereenkomsten uit de categorie van de eenvoudige risico's zouden verdwijnen,

## Besluit :

**Enig artikel.** In uitvoering van artikel 2, § 3, van het koninklijk besluit van 1 februari 1988 betreffende brand en andere gevaren, wat de eenvoudige risico's betreft, worden de bedragen bedoeld bij artikel 2, §§ 1 en 2, en de bijlage van genoemd koninklijk besluit vermenigvuldigd met de factor 1,067 voor de periode van 1 januari 1990 tot 30 juni 1990.

Brussel, 4 december 1989.

W. CLAES

## MINISTÈRE DE LA PRÉVOYANCE SOCIALE

F 89 — 2349

**6 OCTOBRE 1989.** — Arrêté ministériel établissant le modèle des documents de cotisation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Ministre des Affaires sociales,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par la loi du 30 décembre 1988, notamment l'article 64;

Vu l'arrêté royal du 4 novembre 1963 portant exécution de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par l'arrêté royal du 26 avril 1989, notamment l'article 194, § 1<sup>er</sup>;

Vu la loi du 25 avril 1963 sur la gestion des organismes d'intérêt public de sécurité sociale et de prévoyance sociale, notamment l'article 15;

Vu l'urgence;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1<sup>er</sup>, modifié par la loi du 4 juillet 1989;

Vu l'urgence;

Considérant que pour un fonctionnement efficace de l'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité il est nécessaire de publier le présent arrêté dans les meilleurs délais,

## Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Les documents de cotisation visés à l'article 64 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, modifié par la loi du 30 décembre 1988, sont établis conformément aux modèles repris aux annexes 1 à 12 du présent arrêté.

Ces modèles sont d'application pour la première fois pour les documents de cotisation relatifs à l'année 1989.

**Art. 2.** Pour les travailleurs assujettis à l'assurance maladie-invalidité obligatoire, limitée au secteur des soins de santé, en vertu de la loi du 27 juin 1969, révisant l'arrêté-loi du 28 décembre 1944 concernant la sécurité sociale des travailleurs, le bon de cotisation en matière de soins de santé est imprimé sur du papier rose.

Les autres documents sont imprimés sur du papier blanc.

Les documents de cotisation mesurent 21 cm sur 9 cm, sauf ceux repris aux annexes 3, 9, 10, 11 et 12.

**Art. 3.** L'arrêté ministériel du 7 juin 1982 établissant le modèle des documents de cotisation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, les arrêtés ministériels des 15 octobre 1982, 25 janvier 1983, 30 juillet 1984, 30 juillet 1985, 17 octobre 1986 et 1<sup>er</sup> décembre 1986 établissant le modèle des documents de cotisation en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité et l'arrêté ministériel du 9 octobre 1984 déterminant le modèle de l'attestation de contrat d'apprentissage pour les professions exercées par des travailleurs salariés, sont abrogés.

**Art. 4.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 1989.

Bruxelles, le 6 octobre 1989.

Ph. BUSQUIN

## MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 89 — 2349

**6 OKTOBER 1989.** — Ministerieel besluit tot vaststelling van het model van de bijdragebescheiden inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

De Minister van Sociale Zaken,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de wet van 30 december 1988, inzonderheid op artikel 64;

Gelet op het koninklijk besluit van 4 november 1963 tot uitvoering van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij het koninklijk besluit van 26 april 1989, inzonderheid op artikel 194, § 1;

Gelet op de wet van 25 april 1963 betreffende het beheer van de instellingen van openbaar nut voor sociale zekerheid en sociale voorzorg, inzonderheid op artikel 15;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Gelet op de wetten op de Raad van State gecoördineerd op 12 januari 1973, inzonderheid op artikel 3, § 1, gewijzigd bij de wet van 4 juli 1989;

Gelet op de dringende noodzakelijkheid;

Overwegende dat omwille van een doeltreffende werking van de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering de publikatie van dit besluit binnen de kortst mogelijke tijd noodzakelijk is,

## Besluit :

**Artikel 1.** De bij artikel 64 van de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, gewijzigd bij de wet van 30 december 1988, bedoelde bijdragebescheiden worden opgemaakt conform de modellen in de bijlagen 1 tot en met 12 van dit besluit.

Deze modellen gelden voor het eerst voor de bijdragebescheiden met betrekking tot het jaar 1989.

**Art. 2.** Voor de werknemers die vallen onder de verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, beperkt tot de sector van de geneeskundige verzorging, krachtens de wet van 27 juni 1969 tot herziening van de besluitwet van 28 december 1944 betreffende de maatschappelijke zekerheid der arbeiders, wordt de bijdragebon inzake de verzekering voor geneeskundige verzorging op rose papier gedrukt.

De andere bescheiden worden op wit papier gedrukt.

De bijdragebescheiden hebben als afmetingen 21 cm. op 9 cm., behoudens deze van de bijlagen 3, 9, 10, 11 en 12.

**Art. 3.** Het ministerieel besluit van 7 juni 1982 tot vaststelling van het model van de bijdragebescheiden inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, de ministeriële besluiten van 15 oktober 1982, van 25 januari 1983, van 30 juli 1984, van 30 juli 1985, van 17 oktober 1986 en van 1 december 1986 tot vaststelling van het model van de bijdragebescheiden inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering en het ministerieel besluit van 9 oktober 1984 tot vaststelling van het bewijs van leerovereenkomst voor beroepen uitgeoefend door arbeiders in loondienst, worden opgeheven.

**Art. 4.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 1989.

Brussel, 6 oktober 1989.

Ph. BUSQUIN

Annexe 1

(1) N° BON ▶

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
BON DE COTISATION A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**

A remettre sans retard à votre organisme assureur

Période de (2) \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

précédente du: \_\_\_\_\_

La case (4) n'est utilisée que si le régime de cinq jours couvre toute la période de précompte.

Les jours assimilés pendant la 2ème semaine du salaire garanti (8) ne peuvent pas être comptés dans le total des journées de travail.

**Les cases ci-dessous ne peuvent comporter ni retours, ni surcharges**

| Jours<br>de<br>vac.<br>S.G. | régime de travail        |                        | jours<br>de<br>vac.<br>S.G. | heures de<br>travail<br>(7) | (8) |
|-----------------------------|--------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----|
|                             | 5 jours<br>régime<br>(4) | autre<br>régime<br>(5) |                             |                             |     |
| 1                           |                          |                        |                             |                             |     |
| 2                           |                          |                        |                             |                             |     |
| 3                           |                          |                        |                             |                             |     |
| 4                           |                          |                        |                             |                             |     |
| (9)                         |                          |                        |                             |                             |     |
| TOT                         |                          |                        |                             |                             |     |

RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR

n° de suite du bon (10) \_\_\_\_\_

n° d'inscription du titulaire \_\_\_\_\_

indice statistique \_\_\_\_\_

(14) **Compléter le code catégorie professionnelle**  
 1 = ouvrier  
 2 = employé  
 3 = mineur  
 4 = travailleur saisonnier

(15) **Compléter le code occupation**  
 1 = temps plein  
 2 = temps partiel  
 3 = travailleur saisonnier  
 4 = travailleur intermittent

(16) **NOM ET ADRESSE DU TRAVAILLEUR**

(17) **NUMERO REGISTRE NATIONAL DU TRAVAILLEUR**

(11) **DENOMINATION ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR**

(12) **CODE N.A.C.E.**

(13) **NUMERO O.N.S.S. (A.P.L.)**

Bijlage 1

(1) NR BON ▶

**RIJKSINSTITUUT VOOR ZIKTE- EN INVALIDITEVERZEKERING  
BIJDRAGEBON VOOR ZIKTE- EN INVALIDITEVERZEKERING**

Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Alfoudrigs- (2) \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

periode van: \_\_\_\_\_

Het vak (4) wordt slechts ingevuld wanneer de vijfdaagsweek-regeling een ganz kwartaal dekt.

De gerijkstelede dagen tijdens de 2de week gewaarborgd bon (8) mogen niet in het totaal aantal arbeidsdagen begrepen zijn.

In onderstaande vakjes moeten geen doorbrengen of overschrijven voorkomen

| Ivent<br>toel<br>toel<br>toel | arbeidsdagen            |                         | andere<br>regime<br>(2) | albeits-<br>uren<br>(6) | dage<br>de<br>vak.<br>dage<br>(7) | dage<br>de<br>vak.<br>dage<br>(8) |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
|                               | 5 dagen-<br>week<br>(4) | andere<br>regime<br>(5) |                         |                         |                                   |                                   |
| 1                             |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |
| 2                             |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |
| 3                             |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |
| 4                             |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |
| (9)                           |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |
| TOT                           |                         |                         |                         |                         |                                   |                                   |

VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (10)

volgnummer bon \_\_\_\_\_

inschrijvingsnr. van de \_\_\_\_\_

gerechtigde \_\_\_\_\_

statistische aanwijzer \_\_\_\_\_

(14) **Code beroeps-categorie invaliden**  
 1 = arbeider  
 2 = bediende  
 3 = mijnwerker

(15) **Code tewerkstelling invaliden**  
 1 = voltijds  
 2 = deeltijds  
 3 = seizoenarbeider  
 4 = arbeider bij tussenpozen

(11) **BENAMING EN ADRES WERKGEVER**

(12) **N.A.C.E.-CODE**

(13) **R.S.Z. (P.P.O) NUMMER**

(16) **NAAM EN ADRES VAN DE WERKNEMER**

(17) **NUMMER RIJKSREGISTER WERKNEMER**

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
**BON DE COTISATION A L'ASSURANCE SOINS DE SANTE**  
 A remettre sans retard à votre organisme assureur

Période de précompte du  au   
 La case (4) n'est utilisée que si le régime de cinq jours couvre toute la période de précompte.

Les cases ci-dessous ne peuvent comporter ni retours, ni surcharges

| Km déduits (1) | Journées de travail                               |                  | heures de travail (6) |
|----------------|---|------------------|-----------------------|
|                | remunération imitée au plafond secteur A.M.I. (3) | autre régime (5) |                       |
| 1              |   |                  |                       |
| 2              |   |                  |                       |
| 3              |   |                  |                       |
| 4              |   |                  |                       |
| (9) TOT        |   |                  |                       |

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Annexe 2

(1) N° BON ▶

RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR

n° de suite du bon

n° d'inscription du titulaire

indice statistique  5

(14) Compiéter le code catégorie professionnelle  
 4 = titulaires de fonctions publiques et personnel enseignant  
 5 = titulaire du degré ou d'une communauté régionale

(15) Compiéter le code occupation  
 1 = temps plein  
 2 = temps partiel

NOM ET ADRESSE DU TRAVAILLEUR (16)

DENOMINATION ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR (11)

CODE N.A.C.E.: (12)

N° O.N.S.S. (A.P.L.): (13)

NUMERO REGISTRE NATIONAL DU TRAVAILLEUR (17)

Bijlage 2

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEVERZEKERING  
**BIDRAGEBON VOOR DE VERZEKERING VOOR GENEESKUNDIGE VERZORGING**  
 Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Alfoudrigsperiode van:  tot   
 Het vak (4) wordt slechts ingevuld wanneer de vijfdenweek-regeling een gans kwartaar dekt.

In onderstaande vakjes mogen geen doorhalingen of overschrijvingen voorkomen

| Week (1) of aang. | arbeidsdagen   |                  | (4) | (5) | (6) |
|-------------------|--|------------------|-----|-----|-----|
|                   | beoordeling bezekt tot de gratis voor de sector Z.I.V. (3) | 5 dagen week (4) |     |     |     |
| 1                 |  |                  |     |     |     |
| 2                 |  |                  |     |     |     |
| 3                 |  |                  |     |     |     |
| 4                 |  |                  |     |     |     |
| (9) TOT           |  |                  |     |     |     |

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN

(1) NR BON ▶

VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (10)

volgnummer bon

inschrijvingsnr. van de gerechtigde

statistische aanwijzer  5

(14) Code beroeps-categorie invullen  
 4 = beklede openbaar ambt of onderworpen personeel  
 5 = "toe geseleptheid" of lid Nooitegenomschap

(15) Code teweranstelling invullen  
 1 = voltijds  
 2 = deeltijds

BENAMING EN ADRES WERKGEVER (11)

NAAM EN ADRES VAN DE WERKNEMER (16)

N.A.C.E.-CODE: (12)

R.S.Z. (P.P.O.) NUMMER: (13)

NUMMER RIJKSREGISTER WERKNEMER (17)

Annexe 3

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE

**ATTESTATION DE CONTRAT D'APPRENTISSAGE  
POUR DES PROFESSIONS  
EXERCEES PAR DES TRAVAILLEURS SALARIES**

A remettre sans délai à votre organisme assureur

Le soussigné .....  
agissant au nom de l'entreprise .....  
rue ..... n° .....  
n° ONSS ..... déclare que le (la) nommé(e)  
domicilié(e) à .....  
rue ..... n° .....  
a été occupé(e) au cours de l'année civile 19 ..... en qualité  
d'apprenti dont le contrat d'apprentissage relève du champ  
d'application de la loi du 19 juillet 1983 sur l'apprentissage de  
professions exercées par des travailleurs salariés

NUMER  
REGISTRE NATIONAL

Les prestations de l'apprenti s'évaluent par trimestre à

| Trimestre | Jours de travail | Heures de travail |
|-----------|------------------|-------------------|
| 1         |                  |                   |
| 2         |                  |                   |
| 3         |                  |                   |
| 4         |                  |                   |
| Total     |                  |                   |

Signature.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

Bijlage 3

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE EN INVALIDITEITVERZEKERING

**BEWIJS VAN LEEROVEREENKOMST VOOR BEROEPEN  
UITGEÛEFEND DOOR ARBEIDERS IN LOONDIENTST**

Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Ik ondergetekende  
handelend in naam van de onderneming  
straat ..... nr .....  
R SZ -nummer ..... verklaart dat de genaamde  
wonende te .....  
straat ..... nr .....  
tijdens het kalenderjaar 19 ..... tewerkgesteld was als leerling wier  
leerovereenkomst valt onder het toepassingsgebied van de wet  
van 19 juli 1983 op het leerlingenwezen voor beroepen uitgeoefend  
door arbeiders in loondienst

NUMMER  
RIJKSREGISTEP

De prestaties van de leerling bedroegen per kwartaal

| Kwartaal | Arbeidsdagen | Arbeidsuren |
|----------|--------------|-------------|
| 1        |              |             |
| 2        |              |             |
| 3        |              |             |
| 4        |              |             |
| Totaal   |              |             |

Handtekening

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van  
6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

Annexe 4

**ACCIDENT DE TRAVAIL**

1 = ouvrier 2 = employé 3 = financier  
 Période de précompte du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ (2)

N° BON ▶

**INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
 BON DE COTISATION A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**

A remettre sans retard à votre organisme assureur

**NUMERO REGISTRE NATIONAL**

Notre Référence \_\_\_\_\_ (15)

| Les cases ci-dessous ne peuvent comporter ni ratures, ni surcharges | % incapacité (5)  | PÉRIODE (5) | % rali du pro (6) (13) |
|---|-------------------|-------------|------------------------|
| montant limité du paiement du secteur A.M.I. (4)                    | du _____ au _____ |             |                        |
| TOT. (7)  |                   |             |                        |

(13) 1 = indemnité journalière, 2 = allocation annuelle, 3 = rente, 4 = capital, 5 = allocation

RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR (9)

n° de suite du bon \_\_\_\_\_ (14)

n° d'inscription du titulaire \_\_\_\_\_ (10)

indice statistique \_\_\_\_\_

CODE N.A.C.E. NUMERO O.N.S.S. (11)

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Bijlage 4

**ARBEIDSONGEVAL**

1 = arbeider 2 = bediende 3 = mijnwerker  
 Aflootingsperiode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (2)

NR BON ▶

**RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING  
 BIJDRAEGBON VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

**NUMMER RIJKSREGISTER :**

Onze Referentie \_\_\_\_\_ (15)

VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (8)

volgnummer bon \_\_\_\_\_ (14)

inschrijvingsnr. van de gerechtigde \_\_\_\_\_ (9)

statistische aanwijzer \_\_\_\_\_ (10)

N.A.C.E.-CODE R.S.Z. NUMMER (11)

| In onderstaande vakjes mogen geen doortalingen of overschrijvingen voorkomen | PERIODE             | % spard orge- be- schik- drag- heid (6) (13) |
|--|---------------------|--|
| bedrag beperkt tot de grens voor de sector Z.I.V. (4)                        | van _____ tot _____ |  |
| TOT. (7)   |                     |  |

(13) 1 = dagelijkse vergoeding, 2 = jaarlijkse vergoeding, 3 = rente, 4 = kapitaal, 5 = bijslag

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN

Annexe 5

N° BON ▶

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE  
**BON DE COTISATION A L'ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**  
 A remettre sans retard à votre organisme assureur

RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)

**MALADIE PROFESSIONNELLE**

Les cases ci-dessous ne doivent comporter ni ratures, ni surcharges

|   |               |            |
|---|---------------|------------|
| Proportional limité au plafond secteur A.M.I. | PERIODE du au | incapacité |
| (4)   | (5) (6)       | (6)        |
| TOT (7)                                       |               |            |

NUMERO O.N.S.S. (11) CODE N.A.C.E. (10) NUMERO REGISTRE NATIONAL DU BENEFICIAIRE (15)

DENOMINATION ET ADRESSE ASSUREUR (9) NOM ET ADRESSE DU BENEFICIAIRE (14)

Compléter code catégorie professionnelle  
 1 = ouvrier  
 2 = employé  
 3 = inactif

Numéro dossier F.M.P. (13)

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Bijlage 5

NR BON ▶

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITVERZEKERING  
**BIJDRAGEBON VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITVERZEKERING**  
 Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (8)

volgnummer bon  
 inschrijvingsnr.  
 van de gerechtigde  
 statutische aanwijzer

(1) (2) (3) (4) (5) (6) (7) (8) (9) (10) (11) (12) (13) (14) (15)

**BEROEPSZIEKTE**

In onderstaande vakjes mogen geen doortekeningen of overschrijftingen voorkomen

|   |                 |                           |
|---|-----------------|---------------------------|
| bedrag beperkt tot de grens voor de sector Z.I.V. | PERIODE van tot | % onbetaald schuld P.M.I. |
| (4)   | (5)             | (6)                       |
| TOT (7)   |                 |                           |

Code beroeps-categorie invaliden (12)  
 1 = arbeider  
 2 = bediende  
 3 = mijnwerker

Dossiernummer F.B.Z. invaliden (13)

NUMERO RIJKSREGISTER BEGUNSTIGDE (15)

BENAMING EN ADRES VERZEKERAAR (9) NAAM EN ADRES VAN DE BEGUNSTIGDE (14)

R.A.C.E.-CODE (10) R.S.Z. NUMMER (11)

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN

Annexe 6

N° ATTESTATION

**RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR**

n° de suite de l'attestation

n° d'inscription de l'assuré

indice statistique

**Compléter**

CODE CHOMAGE

**Compléter**

CODE CATEGORIE PROFESSIONNELLE

1 = ouvrier

2 = employé

3 = mineur

**RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR**

INDICATION DE L'ORGANISME PAYEUR

NOM ET ADRESSE DU CHOMEUR

NUMERO REGISTRE NATIONAL DU CHOMEUR

**DELIVRE LE**

**SIGNATURE DU PREPOSE DE L'ORGANISME PAYEUR**

**PERIODE DE CHOMAGE**

|     |                            |   |
|-----|----------------------------|---|
| 1   | jours de chômage contrôlés | jours de vacances légales ne peuvent être repris dans le nombre de jours de chômage contrôlés |
| 2   |                            |   |
| 3   |                            |   |
| 4   |                            |   |
| (5) | TOT                        |   |

**Les cases ci-dessous ne peuvent comporter ni retours, ni surcharges**

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

Bijlage 6

**RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITSVERZEKERING**

**BEWIJS VAN WERKLOOSHEID**

Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Werkloosheidsperiode van: \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

De wettelijke vakantiedagen mogen niet begrepen zijn in het aantal gecontroleerde werkloosheidsdagen

In onderstaande vakjes mogen geen doorhalingen of overschrijvingen voorkomen

**VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING**

volgnummer bewijs

inschrijvingsnr van de gerechtigde

statistische aanwijzer

**Code beroeps-categorie invulden**

1 = arbeider

2 = beroepde

3 = mijnwerker

**Invullen**

CODE WERKLOOSHEID

**AANDUIDING VAN HET BETAALORGANISME**

NAAM EN ADRES VAN DE WERKLOZE

**UITGEREIKT OP**

**HANDTEKENING BEAMBTE BETAALORGANISME**

**NUMMER RIJKSREGISTER WERKLOZE**

|     |                                   |                |
|-----|-----------------------------------|----------------|
| 1   | gecontroleerde werkloosheidsdagen | toet vak dagen |
| 2   |                                   |                |
| 3   |                                   |                |
| 4   |                                   |                |
| (5) | TOT                               |                |

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

Annexe 7

**INSTITUT NATIONAL D ASSURANCE MALADIE-INVALIDITE**  
**ATTESTATION DE CHOMEUR MIS AU TRAVAIL**  
 A remettre sans retard à votre organisme assureur

Periode d'occupation (1) au (2)

Les jours de vacances agréés ne peuvent être repris dans le calcul de 0,75 de chômage continués

Les casés ci-dessous ne peuvent comporter ni ratures, ni surcharges

|  |                              |  |  |  |                         |
|--|------------------------------|--|--|--|-------------------------|
| JOURS DE TRAVAIL (3)<br>1<br>2<br>3<br>4<br>(5)<br>TOT | JOURS DE VACANCES AGREES (4) | O.N.E.M.<br>(CHOMEURS MIS AU TRAVAIL)<br>BOULEVARD DE L'EMPEREUR 7<br>1000 BRUXELLES |  | RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR (6)<br>n° de suite de l'attestation<br>n° d'inscription de l'assuré<br>indice statistique | N° de l'attestation (7) |
|  |                              | INDICATION DE LA SBL (8)   |  |  |                         |
|  |                              | NOM ET ADRESSE DU CHOMEUR (9)  |  |  |                         |
|  |                              | NUMERO DU DOSSIER (10)   |  |  |                         |
|  |                              | Occupé par (11)  |  |  |                         |

Compléter code catégorie professionnelle  
 1 = ouvrier  
 2 = employé

Compléter CODE CHOMAGE

NUMERO REGISTRE NATIONAL DU CHOMEUR (12)

Bijlage 7

**RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEVERZEKERING**  
**BEWIJS VAN TEWERKGESTELDE WERKLOZE**  
 Ommedelijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Tewerkstellingsperiode van (1) tot (2)

De datum van afdrukken van dit bewijs moet overeenstemmen met de datum van afgeven

**VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (8)**  
 volgnummer bewijs  
 inschrijvingsnr van de gerechtigde  
 statistische aanwijzer

**NR BEWIJS (1)**

Code beroeps-categorie invulven  
 1 = arbeider  
 2 = Leedende

Invulven CODE WERKLOOSHEID (11)

In onderstaande vakjes mogen geen doortekeningen of overschrijvingen voorkomen

|  |                   |  |  |                             |                                    |
|--|-------------------|--|--|-----------------------------|------------------------------------|
| ARBEIDSDAGEN (3)<br>1<br>2<br>3<br>4<br>(5)<br>TOT | met vak dagen (4) | R.V.A.<br>(TWERKGESTELDE WERKLOZEN)<br>KEIZERS VAN 7<br>1000 BRUSSEL |  | AANDUIDING VAN DE V Z W (9) | NAAM EN ADRES VAN DE WERKLOZE (12) |
|  |                   | DOSSIERNUMMER (10)   |  |                             |                                    |
|  |                   | Teverkgesteld door (11)  |  |                             |                                    |
|  |                   | Totaal (13)  |  |                             |                                    |
|  |                   | (14)   |  |                             |                                    |

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN



Annexe 8

INSTITUT NATIONAL D ASSURANCE MALADIE INVALIDITE  
**ATTESTATION DE TRAVAIL DOMESTIQUE**  
 A remettre sans retard à votre organisme assureur

(2) Période d'occupation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

N° ATTESTATION (1) \_\_\_\_\_

RESERVE A L'ORGANISME ASSUREUR (8)  
 n° de suite de l'attestation \_\_\_\_\_  
 n° d'inscription de l'assuré \_\_\_\_\_  
 indice statistique \_\_\_\_\_

Code catégorie professionnelle (10) 1  
 1 = OUVRIER

Compléter CODE CHOMAGE (11) \_\_\_\_\_

Les casés ci-dessous ne peuvent comporter ni ratures, ni surcharges  
 A compléter par l'employeur  
 A compléter par l'O.N.S.S. ou l'O.A.

JOURS DE TRAVAIL DOMESTIQUE (3)

DATE DE DELIVRANCE et SIGNATURE DU FONCTIONNAIRE (4)

NUMERO DU DOSSIER (6)

NUMERO O.N.S.S. (7)

NOM, ADRESSE ET SIGNATURE DE L'EMPLOIEUR (9)

NOM ET ADRESSE DU TRAVAILLEUR (12)

NUMERO REGISTRE NATIONAL DU TRAVAILLEUR (13)

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Bijlage 8

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE- EN INVALIDITEITVERZEKERING  
**BEWIJS VAN HUISHOUDELIJKE ARBEID**  
 Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

Teverkielingsperiode van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ (2)

NR BEWIJS (1) \_\_\_\_\_

VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERINGSINSTELLING (8)  
 volnummer bewijs \_\_\_\_\_  
 inschrijvingsnr. \_\_\_\_\_  
 gerechtigde \_\_\_\_\_  
 statistische aanwijzer \_\_\_\_\_

Code beroeps-categorie (10) 1  
 1 = atce-061

Involuen CODE WERKLOOSHEID (11) \_\_\_\_\_

NAAM, ADRES EN HANDTEKENING VAN DE WERKGEVER (9)

NAAM EN ADRES VAN DE WERKNEMER (12)

NUMMER RIJKSREGISTER WERKNEMER (13)

RSZ. NUMMER (7)

In onderstaande vakjes mogen geen doorhalingen of overschrijvingen voorkomen  
 Invullen door R.V.A. of V.I.

DAGEN HUISHOUDELIJKE ARBEID (3)

DATUM AEGIFTERING en HANDTEKENING BEAMDE (4)

DOSSIERNUMMER (6)

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN

Annexe 9

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE MALADIE INVALIDITE

**ATTESTATION D'AYANT DROIT  
A UNE ALLOCATION D'INTERRUPTION**

A remettre sans délai a votre organisme assureur

Je/Le (1) .....  
 .....  
 déclare que (2) .....  
 .....  
 .....

.....  
 a bénéficié au cours de l'année civile 19 ..... d'une allocation  
 d'interruption visée a (3) .....

L'allocation d'interruption couvrait la/les période(s) suivante(s)

| Trimestre | PERIODE (4) |    |
|-----------|-------------|----|
|           | du          | au |
| 1         |             |    |
| 2         |             |    |
| 3         |             |    |
| 4         |             |    |

Cachet de l'organisme  
 responsable (5) .....  
 Date

(1) Dénomination et adresse de l'organisme délivrant l'attestation  
 (2) Nom et adresse de l'intéressé(e)  
 (3) Référence à l'article et I.A.R.  
 (4) Compléter la date exacte de début et de fin par trimestre  
 (5) Renseigner éventuellement ATTESTATION RECTIFICATIVE ou DUPLICATA

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
 Ph. BUSQUIN

Bijlage 9

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE EN INVALIDITEVERZEKERING

**BEWIJS VAN RECHTHEBBENDE  
OP EEN ONDERBREKINGSUITKERING**

Onmiddellijk af te geven aan uw verzekeringsinstelling

De/Het (1) .....  
 .....  
 verklaart dat (2) .....  
 .....

.....  
 tijdens het kalenderjaar 19 ..... een onderbrekingsuitkering ontving  
 bedoeld bij (3) .....

De onderbrekingsuitkering dekte de/het volgende tijdvakken)

| Kwartaal | TIJDVAK (4) |     |
|----------|-------------|-----|
|          | van         | tot |
| 1        |             |     |
| 2        |             |     |
| 3        |             |     |
| 4        |             |     |

Stempel van het onder (1)  
 vermelde organisme .....  
 Datum

(1) Benaming en adres van het organisme dat het bewijs aflevert  
 (2) Naam en adres van de betrokkene  
 (3) Verwijzing naar artikel en K.B.  
 (4) Juiste begin- en einddatum per kwartaal invullen.  
 (5) Eventueel vermelden VERBETERD BEWIJS of DUPLICATA

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van  
 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
 Ph. BUSQUIN

## Annexe 10

## ATTESTATION DE MILICIEN ASSURE SOCIAL

Je soussigné .....  
 (Commandant de l'unité militaire)  
 certifie que le nommé .....  
 né le .....  
 habitant à .....  
 rue ..... n° .....

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| NUMERO REGISTRE<br>NATIONAL |  |
|-----------------------------|--|

(1) a été appelé sous les armes pour y effectuer un terme normal de service actif d'une durée de ..... mois, à partir du .....

(1) a terminé son appel sous les armes à la date du .....

Le .....

(Signature et qualité du signataire)

Pièce à fournir en matière de sécurité sociale.

(1) Biffer les mentions inutiles.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

## Annexe 11

## ATTESTATION D'OBJECTEUR DE CONSCIENCE ASSURE SOCIAL

Je soussigné .....  
 (chef du Service des objecteurs de conscience)  
 déclare que le nommé .....  
 né le .....  
 habitant à .....  
 rue ..... n° .....

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| NUMERO REGISTRE<br>NATIONAL |  |
|-----------------------------|--|

exempté du service militaire,

1. a été désigné pour effectuer un service de remplacement pendant ..... mois, à partir du .....

2. a terminé son service le .....

Le .....

(Signature et q du signataire)

Pièce à fournir en matière de sécurité sociale.

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

## Bijlage 10

## BEWIJS VAN SOCIAAL VERZEKERDE MILICIEN

Ondergetekende .....  
 (Commandant van de militaire eenheid)  
 verklaart dat de genaamde .....  
 geboren op ..... te .....  
 wonende te ..... straat nr. ....

|                         |  |
|-------------------------|--|
| NUMMER<br>RIJKSREGISTER |  |
|-------------------------|--|

(1) onder de wapens werd geroepen om een normale legerdienst te volbrengen gedurende ..... maanden, vanaf .....

(1) zijn oproeping onder de wapens beëindigd op .....

De .....

(Handtekening en hoedanigheid van degene die tekent)

In sociaal zekerheidsverband over te leggen stuk

(1) Doorhalen wat niet past.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

## Bijlage 11

## BEWIJS VAN SOCIAAL VERZEKERDE GEWETENSBEZWAARDE

Ondergetekende .....  
 (hoofd van de Dienst gewetensbezwaren)  
 verklaart dat de genaamde .....  
 geboren op ..... te .....  
 wonende te ..... straat nr. ....

|                         |  |
|-------------------------|--|
| NUMMER<br>RIJKSREGISTER |  |
|-------------------------|--|

vrijgesteld van elke militaire dienst,

1. aangewezen werd om een vervangende dienstdienst te vervullen gedurende ..... maanden, vanaf .....

2. zijn dienstdienst beëindigd heeft op .....

De .....

(Handtekening en hoedanigheid van degene die tekent)

In sociaal zekerheidsverband over te leggen stuk.

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van 6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

Annexe 12

INSTITUT NATIONAL D'ASSURANCE  
MALADIE-INVALIDITE

Certificat d'assurance continuée

La soussigné déclare que M. (nom) .....  
.....  
(prénoms) .....  
né(e) le .....  
habitant à .....  
n° ..... rue .....

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| NUMERO REGISTRE<br>NATIONAL |  |
|-----------------------------|--|

suite à sa demande du .....  
a été reconnu, sur base des pièces en annexe, se trouver dans la  
situation visée à l'arrêté royal du 4 novembre 1983, art. 216, § 1er, ...  
..... (indiquer la rubrique en cause).

Sur cette base, l'intéressé est admis en assurance continuée pour  
une période de .....  
débutant le ..... et se terminant le .....  
Fait à ....., le .....  
Qualité et signature du délégué des O.A.,  
Sceau de l'organisme assureur

Vu pour être annexé à l'arrêté ministériel du 6 octobre 1989.

Le Ministre des Affaires sociales,  
Ph. BUSQUIN

Bijlage 12

RIJKSINSTITUUT VOOR ZIEKTE-  
EN INVALIDITEITSVERZEKERING

Getuigschrift voor voortgezette verzekering

Ondergetekende verklaart dat (naam) .....  
M. ....  
(voornamen) .....  
geboren op .....  
wonende te ..... straat, nr. ....

|                         |  |
|-------------------------|--|
| NUMMER<br>RIJKSREGISTER |  |
|-------------------------|--|

wordt ingevolge zijn aanvraag van .....  
op grond van de hierbijgevoegde bewijsstukken, beschouwd te  
verkeren in de toestand bedoeld bij het koninklijk besluit van  
4 november 1983, art. 216, § 1, ...  
..... (de desbetreffende rubriek aanduiden)

Op basis daarvan werd betrokkene tot de voortgezette verzeke-  
ring toegelaten voor een tijdvak van .....  
ingaaud op ..... en eindigend op .....  
Opgemaakt te ....., de .....  
Handtekening en hoedanigheid van de afgevaardigde,  
Stempel van de verzekeringsinstelling

Gezien om te worden gevoegd bij het ministerieel besluit van  
6 oktober 1989.

De Minister van Sociale Zaken,  
Ph. BUSQUIN

MINISTÈRE DE LA SANTE PUBLIQUE  
ET DE L'ENVIRONNEMENT

F. 89 — 2350

25 OCTOBRE 1989. — Arrêté ministériel exonérant les spécialités  
Sirolax, sirop en flacons et cups aluminium, de la prescription  
médicale

Le Secrétaire d'Etat à la Santé publique,

Vu la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, modifiée par la loi  
du 21 juin 1983, notamment l'article 6, alinéa 3;  
Vu l'avis de la Commission des Médicaments,

Arrête :

Article 1<sup>er</sup>. La délivrance des spécialités pharmaceutiques Sirolax,  
sirop en flacons et cups aluminium, n'est plus soumise à prescrip-  
tion médicale.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le jour de sa publication  
au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 25 octobre 1989.

R. DELIZEE

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID  
EN LEEFMILIEU

N. 89 — 2350

25 OKTOBER 1989. — Ministerieel besluit waardoor de speciali-  
teiten Sirolax, sirop in flessen en in aluminium cups, van het  
geneeskundig voorschrift vrijgesteld worden

De Staatssecretaris voor Volksgezondheid,

Gelet op de wet van 25 maart 1964 op de geneesmiddelen, gewij-  
zigd door de wet van 21 juni 1983, inzonderheid op artikel 6, alinea 3  
Gelet op het advies van de Geneesmiddelencommissie,

Besluit

Artikel 1. De aflevering van de farmaceutische specialiteiten  
Sirolax, sirop in flessen en in aluminium cups, is niet meer aan een  
geneeskundig voorschrift onderworpen

Art. 2. Dit besluit treedt in werking de dag waarop het in het  
*Belgisch Staatsblad* bekendgemaakt wordt.

Brussel, 25 oktober 1989

R. DELIZEE