

Art. 4. Notre Ministre des Affaires sociales est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 juin 1993.

BAUDOIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires sociales,
B. ANSELME

Art. 4. Onze Minister van Sociale Zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 2 juni 1993.

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,
B. ANSELME

F. 93 — 1539

21 AVRIL 1993. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

Le Comité de gestion du service des indemnités de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, notamment l'article 40, 5^o, modifié par la loi du 15 février 1983;

Vu l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 152, § 1^{er}, de la loi du 9 août 1963 précitée, notamment l'article 13, modifié par le règlement du 19 octobre 1970, l'annexe I, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970, l'annexe II, modifiée par le règlement du 20 septembre 1971, l'annexe IV-1, modifiée par le règlement du 18 février 1976, l'annexe IV-2, modifiée par le règlement du 16 mars 1988, l'annexe IVbis, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970, les annexes V-1 et V-2, modifiées par le règlement du 21 septembre 1988, l'annexe VIII, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970 et l'annexe IX, modifiée par le règlement du 18 février 1976;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 21 avril 1993,

Arrête :

Article 1^{er}. L'intitulé de l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité est remplacé par l'intitulé suivant : « Arrêté royal portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. »

Art. 2. A l'article 13 du même arrêté, modifié par le règlement du 19 octobre 1970, sont apportées les modifications suivantes :

1^o Dans l'alinéa 4, les mots « de domicile ou de résidence » sont remplacés par les mots « de résidence ».

2^o Dans l'alinéa 5, les mots « de résidence ou de domicile » sont remplacés par les mots « de résidence » et les mots « son domicile ou sa résidence » sont remplacés par les mots « sa résidence ».

Art. 3. L'annexe I à l'arrêté royal du 31 décembre 1963 précité, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970, l'annexe II, modifiée par le règlement du 20 septembre 1971, l'annexe IV-1, modifiée par le règlement du 18 février 1976, l'annexe IV-2, modifiée par le règlement du 16 mars 1988, l'annexe IVbis, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970, les annexes V-1 et V-2, modifiées par le règlement du 21 septembre 1988, l'annexe VIII, modifiée par le règlement du 19 octobre 1970 et l'annexe IX, modifiée par le règlement du 18 février 1976, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 4. Le présent règlement entre en vigueur le jour de sa publication au *Moniteur belge*.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert.

N. 93 — 1539

21 APRIL 1993. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

Het Beheerscomité van de Dienst voor uitkeringen van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering,

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, inzonderheid op artikel 40, 5^o, gewijzigd bij de wet van 15 februari 1983;

Gelet op het koninklijk besluit van 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, ter uitvoering van artikel 152, § 1, van voornoemde wet van 9 augustus 1963, inzonderheid op artikel 13, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, bijlage I, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, bijlage II, gewijzigd bij de verordening van 20 september 1971, bijlage IV-1, gewijzigd bij de verordening van 18 februari 1976, bijlage IV-2, gewijzigd bij de verordening van 16 maart 1988, bijlage IVbis, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, de bijlagen V-1 en V-2, gewijzigd bij de verordening van 21 september 1988, bijlage VIII, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, en bijlage IX, gewijzigd bij de verordening van 18 februari 1976;

Na erover te hebben beraadslaagd tijdens zijn vergadering van 21 april 1993,

Besluit :

Artikel 1. Het opschrift van het koninklijk besluit van 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering wordt vervangen door « Koninklijk besluit houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen. »

Art. 2. In artikel 13 van hetzelfde besluit, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1^o In het 4e lid worden de woorden « woon- of verblijfplaats » vervangen door « verblijfplaats ».

2^o In het 5e lid worden de woorden « de verblijfplaats of de domicilie » vervangen door de « verblijfplaats » en de woorden « zijn domicilie of verblijfplaats » door « zijn verblijfplaats ».

Art. 3. Bijlage I van voornoemd koninklijk besluit van 31 december 1963, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, bijlage II, gewijzigd bij de verordening van 20 september 1971, bijlage IV-1, gewijzigd bij de verordening van 18 februari 1976, bijlage IV-2, gewijzigd bij de verordening van 16 maart 1988, bijlage IVbis, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, de bijlagen V-1 en V-2, gewijzigd bij de verordening van 21 september 1988, bijlage VIII, gewijzigd bij de verordening van 19 oktober 1970, en bijlage IX, gewijzigd bij de verordening van 18 februari 1976, worden vervangen door de bijlagen die bij deze verordening zijn gevoegd.

Art. 4. Deze verordening treedt in werking de dag waarop ze in het *Belgisch Staatsblad* wordt gepubliceerd.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

Annexe I

Identification de l'organisme assureur : Nom : Numéro :																									
CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL																									
A remplir par le titulaire	<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: right; padding-right: 10px;">Ouvrier — Employé — Mineur (3) Homme Femme (3)</td> </tr> <tr> <td>Nom et prénoms</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Date de naissance</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Numéro d'inscription</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td><u>Résidence principale</u></td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><u>Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">..... (1)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Si vous êtes chômeur complet, indiquez depuis quelle date</td> </tr> </table>		Ouvrier — Employé — Mineur (3) Homme Femme (3)	Nom et prénoms	Date de naissance	Numéro d'inscription	<u>Résidence principale</u>	<u>Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle</u> (1)		Si vous êtes chômeur complet, indiquez depuis quelle date									
	Ouvrier — Employé — Mineur (3) Homme Femme (3)																								
Nom et prénoms																								
Date de naissance																								
Numéro d'inscription																								
<u>Résidence principale</u>																								
<u>Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle</u>																									
..... (1)																									
Si vous êtes chômeur complet, indiquez depuis quelle date																									
A remplir par le médecin traitant	<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 60%;">Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>et avoir constaté qu'il (elle) est incapable de travailler depuis le</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic)</td> <td style="text-align: right;">(2)</td> </tr> <tr> <td>L'intéressé(e) est en état — n'est pas en état (3) de se déplacer.</td> <td></td> </tr> <tr> <td>L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>depuis le</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td>Raison et durée présumée de l'hospitalisation</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="2">En cas de désaccord, je prie mon confrère, médecin-conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce(tte) malade.</td> </tr> <tr> <td>Oui — Non (3)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Identification du médecin (4)</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Date</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: right;">Signature du médecin traitant</td> </tr> </table>	Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à	et avoir constaté qu'il (elle) est incapable de travailler depuis le	Par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic)	(2)	L'intéressé(e) est en état — n'est pas en état (3) de se déplacer.		L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à	depuis le	Raison et durée présumée de l'hospitalisation	En cas de désaccord, je prie mon confrère, médecin-conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce(tte) malade.		Oui — Non (3)		Identification du médecin (4)		Date		Signature du médecin traitant
Je soussigné, docteur en médecine, déclare donner mes soins à																								
et avoir constaté qu'il (elle) est incapable de travailler depuis le																								
Par suite de (symptomatologie et éventuellement diagnostic)	(2)																								
L'intéressé(e) est en état — n'est pas en état (3) de se déplacer.																									
L'intéressé(e) est hospitalisé(e) (3) à																								
depuis le																								
Raison et durée présumée de l'hospitalisation																								
En cas de désaccord, je prie mon confrère, médecin-conseil, de me faire connaître la décision qu'il aura prise au sujet de ce(tte) malade.																									
Oui — Non (3)																									
Identification du médecin (4)																								
	Date																								
	Signature du médecin traitant																								
Case réservée au médecin-conseil	<table style="width: 100%; border: 1px solid black;"> <tr> <td style="width: 40%;">Date de réception</td> <td style="width: 20%;">Numéro d'ordre annuel</td> </tr> <tr> <td>Début d'incapacité</td> <td>Délai convocation</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Date et signature du médecin-conseil</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Visite à domicile par : M.C. — Méd. insp. — Infirmière (3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Application art. 76^{quater}, §§ 1, 2, 3 et 76^{bis} (loi du 9 août 1963) (3)</td> </tr> </table>	Date de réception	Numéro d'ordre annuel	Début d'incapacité	Délai convocation	Date et signature du médecin-conseil		Visite à domicile par : M.C. — Méd. insp. — Infirmière (3)		Application art. 76 ^{quater} , §§ 1, 2, 3 et 76 ^{bis} (loi du 9 août 1963) (3)															
Date de réception	Numéro d'ordre annuel																								
Début d'incapacité	Délai convocation																								
Date et signature du médecin-conseil																									
Visite à domicile par : M.C. — Méd. insp. — Infirmière (3)																									
Application art. 76 ^{quater} , §§ 1, 2, 3 et 76 ^{bis} (loi du 9 août 1963) (3)																									
(1) Le titulaire doit communiquer au médecin-conseil toutes modifications concernant sa résidence. (2) Préciser la cause de l'incapacité en indiquant notamment s'il s'agit d'un accident ou traumatisme et fournir des indications permettant au médecin-conseil d'estimer la durée probable de cette incapacité. (3) Biffer la mention inutile. (4) Numéro d'immatriculation attribué par l'I.N.A.M.I.																									

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.Le Président,
W. Beirnaert.

**Institut National d'Assurance
Maladie-Invalidité**

Port payé
par le
destinataire

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Monsieur le médecin-conseil de la

**Institut National d'Assurance
Maladie-Invalidité**

DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Port payé
par le destinataire

CONFIDENTIEL

Monsieur le Médecin-Conseil

Franchise postale

Expéditeur :

Nom :
Adresse :

IMPORTANT.

Le titulaire qui a été soumis au régime du contrôle spontané doit porter à la connaissance du médecin-conseil toute incapacité de travail, le jour-même où celle-ci débute, en lui envoyant ou remettant la présente déclaration d'incapacité de travail après l'avoir signée.

Le titulaire qui, par suite de son état, ne peut se rendre à la prochaine séance de contrôle doit mentionner sur le présent document qu'il n'est pas en état de se déplacer. Il doit se trouver en permanence à l'adresse qu'il y a indiquée, et ce, jusqu'après avoir reçu la notification de reconnaissance d'incapacité temporaire de travail.

Annexe IV-1

Identification de l'organisme assureur	O.R.	Mut.	(2)						
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>							
RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL PAR LE MEDECIN-CONSEIL									
Ouvrier <input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Mineur <input type="checkbox"/>	(1) Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/>	(1) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Date de naissance <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	J	M	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	M	A							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Titulaire :									
Nom : <input type="text"/>									
Prénoms : <input type="text"/>									
Adresse : rue n° Bte									
Code postal <input type="text"/> Localité :									
Numéro d'inscription (O.A.) <input type="text"/> (2)									
Numéro du registre national <input type="text"/>									
A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le <table border="0" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="text-align: center;">J</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">A</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table> (3),				J	M	A	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J	M	A							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963,									
à partir du <input type="text"/>									
Veuillez vous présenter pour examen à ma consultation le <input type="text"/>									
à									
Si vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer, vous êtes tenu(e) de m'en avvertir avant la date fixée ci-dessus.									
Vous êtes tenu(e) de signaler toute reprise de travail ou de chômage au moyen de l'attestation de reprise de travail ou de chômage.									
<div style="border: 1px solid black; display: inline-block; padding: 5px;"> VOIR AU VERSO REMARQUES IMPORTANTES </div>									
Le									
(Signature du médecin-conseil)									
(1) Mettre une croix dans la case appropriée. (2) Le dernier chiffre significatif du numéro doit être porté dans la dernière case de droite. (3) Date de la poste, date de l'accusé de réception ou date de la réception de l'avis transmis par le service du contrôle médical agréé.									
(voir verso)									

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.Le Président,
W. Beirnaert.

REMARQUES IMPORTANTES

1. En vertu des dispositions de l'article 76^{quater}, § 4, de la loi du 9 août 1963, si vous ne vous présentez pas à l'examen auquel vous êtes convoqué(e) par la présente, les prestations de l'assurance ne vous seront plus octroyées, à moins que vous ne présentiez une justification valable. Cette sanction s'appliquera automatiquement, sans nouvelle notification de notre part, aussi longtemps que vous ne répondez pas aux obligations de contrôle. Si vous êtes dans l'incapacité de vous déplacer, vous êtes tenu(e) d'être présent(e) à l'adresse que vous avez indiquée, pendant cinq jours civils à compter de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-conseil.
2. Si vous désirez reprendre une activité compatible avec votre état de santé tout en continuant à percevoir des indemnités, vous devez en demander l'autorisation préalable au médecin-conseil de votre organisme assureur. A défaut, les indemnités vous seront refusées à partir de la reprise de l'activité non autorisée. En outre, vous ne pouvez pas commencer l'activité avant la date qui a été fixée par le médecin-conseil pour la reprise d'activité.
3. Si vous avez mis fin à votre incapacité de travail par une reprise spontanée du travail ou du chômage à la date de la convocation, vous n'êtes pas tenu de vous présenter à l'examen médical. Dans ce cas, veuillez avertir votre mutualité par l'envoi de l'attestation de reprise (du travail ou du chômage contrôlé), dûment complétée par l'employeur ou par la caisse de chômage.
4. Vous êtes tenu(e) de communiquer immédiatement au médecin-conseil tout changement d'adresse.

Annexe IVbis

Identification du service :

Nom :

Adresse :

N° d'agréation :

DECISION DU MEDECIN DU SERVICE DE CONTROLE MEDICAL
AGREE PAR L'EMPLOYEUROuvrier — Employé — Mineur (1)
Homme — Femme (1)

Nom, prénoms du titulaire :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'inscription :

M.,

A la suite de la réception de votre déclaration d'incapacité de travail, j'ai l'honneur de porter à votre connaissance que :

(1) Vous n'êtes pas reconnu(e) inapte au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963, pour le motif suivant (2) :

- Vous n'avez pas cessé toute activité.
- la cessation de vos activités n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation des lésions ou des troubles fonctionnels dont il est fait état dans votre déclaration d'incapacité de travail.
- les affections dont il est fait état dans votre déclaration d'incapacité de travail n'entraiment pas une réduction de votre capacité de gain de 66 % au moins par rapport à la ou aux profession(s) de référence visée(s)   l'article 56 de la loi du 9 août 1963.
- les éléments communiqués sur votre déclaration d'incapacité de travail sont insuffisants pour me permettre de me prononcer en toute connaissance de cause.

(1) Vous êtes reconnu inapte au travail au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 à partir du au et apte à partir du

(1) Vous êtes reconnu inapte au travail au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963, à partir du
.....

Le médecin-conseil de votre organisme assureur prendra une décision sur la fin de votre incapacité.

(1) Biffer la mention inutile.

(2) Mettre une croix dans la case appropriée.

Veillez vous présenter pour examen à ma consultation

à

rue

le

à

Vous êtes également tenu(e) de signaler à votre organisme assureur toute reprise de travail ou de chômage au moyen de l'attestation de reprise de travail ou de chômage.

Si vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer vous êtes tenu(e) de m'en avvertir avant la date fixée ci-dessus.

Date :

Signature

Identification du mécedin du Service de Contrôle.

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert.

Annexe V-1

Identification
de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

(2)

--	--	--	--	--	--	--

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
(Au sens de la loi du 9 août 1963)

RECOMMANDE

	(1)		(1)						
Ouvrier	<input type="checkbox"/>	Homme	<input type="checkbox"/>	Date de naissance	J	M	A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Employé	<input type="checkbox"/>	Femme	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mineur	<input type="checkbox"/>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Titulaire :

Nom :

Prénoms :

Adresse : rue n° Bte

Code postal Localité :

Numéro d'inscription (O.A.) (2)

Numéro du registre national

M.,

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance qu'après examen médical pratiqué le j'estime que vous n'êtes plus incapable de travailler au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963, à partir du

en raison du fait que vous ne remplissez plus une ou plusieurs des conditions suivantes fixées par la disposition précitée (1) :

- la cessation de vos activités n'est plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
- les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez :
 - n'entraînent plus une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée dans votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées : à l'art. 56, § 1er :
 -
 -
 -
- n'entraînent plus la réduction de votre capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, exigée dans le cas de reprise d'une activité avec l'autorisation préalable du médecin-conseil (art. 56, § 2, de la loi du 9 août 1963).

(1) Mettre une croix dans la case appropriée.
(2) Le dernier chiffre significatif du numéro doit être porté dans la dernière case de droite.

- vous n'avez pas cessé toute activité (art. 56, § 1er, de la loi du 9 août 1963).
- vous avez repris une activité sans avoir obtenu l'autorisation préalable du médecin-conseil de votre mutualité (art. 56, § 2, de la loi du 9 août 1963).

Les conséquences de cette décision et les moyens de recours étant expliqués ci-dessous, il est de votre intérêt d'en prendre connaissance.

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours par requête écrite, datée et signée, déposée ou adressée sous la formalité de la recommandation à la poste, dans le mois de la notification de la décision contestée, au greffe du tribunal du travail compétent. (Voir adresses ci-dessous)

De toute façon, afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale, et plus particulièrement dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, si vous estimez ne pas être capable de reprendre le travail, vous devez vous inscrire immédiatement, sur présentation de la présente, comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi compétent et introduire une demande d'allocations de chômage auprès d'un organisme de paiement de votre choix (CAPAC ou syndicat).

Pour réception,

Le titulaire :

Le :

Le médecin-conseil/
médecin inspecteur

Le :

Tribunal du travail

Adresses

Arlon	Rue des Déportés 115, 6700 Arlon
Bruxelles	Rue des Quatre Bras 19, 1000 Bruxelles
Charleroi	Palais de Justice, Av. Gén. Michel 2, 6000 Charleroi
Haine-St-Pierre (section T.T. Charleroi)	Ancien Hôtel de Ville, Grand Place 15, 7100 Haine-Saint-Pierre
Dinant	Place du Palais de Justice, Extension (2e étage), 5500 Dinant
Eupen	Klötzerbahn 27, 4700 Eupen
Huy	Rue des Vergiers 19, 4500 Huy
Liège	Rue Saint-Gilles 85, 4000 Liège
Marche-en-Famenne	Palais de Justice, Extension, Rue V. Libert 19, 6900 Marche-en-Famenne
Mons	Rue de Nimy 70, 7000 Mons
La Louvière (section T.T. Mons)	Rue des Carrelages 16, 7100 La Louvière
Namur	Place du Palais de Justice 5-6, 5000 Namur
Neufchâteau	Rue Franklin Roosevelt 33, 6840 Neufchâteau
Nivelles	Palais de Justice II, Place du Souvenir 11, 1400 Nivelles
Wavre (section T.T. Nivelles)	Place de l'hôtel de ville, 1er étage, 1300 Wavre
Tournai	Rue Childéric 9, 7500 Tournai
Mouscron (section T.T. Tournai)	Rue du Bas Voisinage 151, 7700 Mouscron
Verviers	Rue du Brou 58 (Galeries Voos), 4800 Verviers

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert.

Mutation : de	<table border="1"><tr><td>Mut.</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	Mut.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	à	<table border="1"><tr><td>Mut.</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	Mut.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(2)
Mut.												
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												
Mut.												
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												
<input type="text"/>												
Pour réception, le titulaire :			Le médecin/conseil médecin/ inspecteur									
Le :			Le :									

(2) Le dernier chiffre significatif du numéro doit être porté dans la dernière case de droite.

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.
L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert.

Annexe VIII

Identification du service :

Nom :

Adresse :

N° d'agréation :

**DECISION DU MEDECIN DU SERVICE DE CONTROLE MEDICAL
AGRE PAR L'EMPLOYEUR**

Ouvrier — Employé — Mineur (1)
Homme — Femme (1)

Nom, prénom :

Adresse :

(1) Le titulaire précité a été reconnu inapte au travail au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 du jusqu'à
et apte à partir du

(1) Le titulaire précité a été reconnu inapte au travail au sens de l'article 56 de la loi du 9 août 1963 à partir du
pour une durée évaluée à jours civils.

Diagnostic et symptomatologie dominante :

.....

(1) Vu la nature des éléments médicaux, nous vous suggérons de convoquer l'intéressé dans un délai de

L'intéressé est capable de se déplacer (1)
L'intéressé n'est pas capable de se déplacer (1)

Veillez trouver en annexe, un certificat médical motivé.

Nom et adresse du médecin traitant :

Date :
Signature et identification du médecin du service de contrôle

(1) Biffer la mention inutile. *

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.
L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert.

- vous n'avez pas cessé toute activité (art. 56, § 1er, de la loi du 9 août 1963).
- vous avez repris une activité sans avoir obtenu l'autorisation préalable du médecin-conseil de votre mutualité (art. 56, § 2, de la loi du 9 août 1963).
- Les éléments communiqués par votre déclaration d'incapacité de travail sont insuffisants pour se permettre de me prononcer en toute connaissance de cause.

Les conséquences de cette décision et les moyens de recours étant expliqués ci-dessous, il est de votre intérêt d'en prendre connaissance.

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours par requête écrite, datée et signée, déposée ou adressée sous la formalité de la recommandation à la poste, dans le mois de la notification de la décision contestée, au greffe du tribunal du travail compétent. (Voir adresses ci-dessous).

De toute façon, afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale, et plus particulièrement dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités, si vous estimez ne pas être capable de reprendre le travail, vous devez vous inscrire immédiatement, sur présentation de la présente, comme demandeur d'emploi auprès du service régional de l'emploi compétent et introduire une demande d'allocation de chômage auprès d'un organisme de paiement de votre choix (CAPAC ou syndicat).

Pour réception,
Le titulaire :

Le :

Le médecin-conseil/
médecin inspecteur

Le :

Tribunal du travail	Adresses
Arlon	Rue des Déportés 115, 8700 Arlon
Bruxelles	Rue des Quatre Bras 19, 1000 Bruxelles
Charleroi	Palais de Justice, Av. Gén. Michel 2, 6000 Charleroi
Haine-St-Pierre (section T.T. Charleroi)	Ancien Hôtel de Ville, Grand Place 15, 7100 Haine-Saint-Pierre
Dinant	Place du Palais de Justice, Extension (2e étage), 5500 Dinant
Eupen	Klötzerbahn 27, 4700 Eupen
Huy	Rue des Vergiers 19, 4500 Huy
Liège	Rue Saint-Gilles 85, 4000 Liège
Marche-en-Famenne	Palais de Justice, Extension, Rue V. Libert 19, 6900 Marche-en-Famenne
Mons	Rue de Nimy 70, 7000 Mons
La Louvière (section T.T. Mons)	Rue des Carrelages 16, 7100 La Louvière
Namur	Place du Palais de Justice 5-6, 5000 Namur
Neufchâteau	Rue Franklin Roosevelt 33, 6840 Neufchâteau
Nivelles	Palais de Justice II, Place du Souvenir 11, 1400 Nivelles
Wavre (section T.T. Nivelles)	Place de l'hôtel de ville, 1er étage, 1300 Wavre
Tournai	Rue Childéric 9, 7500 Tournai
Mouscron (section T.T. Tournai)	Rue du Bas Voisinage 151, 7700 Mouscron
Verviers	Rue du Brou 58 (Galeries Voos), 4800 Verviers

Vu pour être annexé au règlement du 21 avril 1993.

L'Administrateur général,
R. Schutyser.

Le Président,
W. Beirnaert

Bijlage I

	<p>Identificatie van de V.I. Naam : Nummer :</p>																
	GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID																
In te vullen door de gerechtigde	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="text-align: right;">Arbeider — Bediende — Mijnwerker (3) Man Vrouw (3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Naam en voornaam</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Geboortedatum</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Inschrijvingsnummer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Hoofdverblijfplaats</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">(1)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Als u volledig werkloos bent, opgeven vanaf welke datum</td> </tr> </table>		Arbeider — Bediende — Mijnwerker (3) Man Vrouw (3)	Naam en voornaam		Geboortedatum		Inschrijvingsnummer		Hoofdverblijfplaats		Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt		(1)		Als u volledig werkloos bent, opgeven vanaf welke datum	
	Arbeider — Bediende — Mijnwerker (3) Man Vrouw (3)																
Naam en voornaam																	
Geboortedatum																	
Inschrijvingsnummer																	
Hoofdverblijfplaats																	
Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt																	
(1)																	
Als u volledig werkloos bent, opgeven vanaf welke datum																	
In te vullen door de behandelend geneesheer	<p>De ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaart verzorging te verlenen aan..... en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf</p> <p>Wegens (symptomen en eventueel diagnose) (2)</p> <p>De betrokkene is in staat — is niet in staat (3) zich te verplaatsen.</p> <p>De betrokkene is ter verpleging opgenomen (3) in sedert</p> <p>Reden en vermoedelijke duur van de opneming</p> <p>Mijn collega, adviserend geneesheer, gelieve mij zijn beslissing omtrent bovengenoemde zieke mee te delen, ingeval hij niet akkoord mocht gaan.</p> <p>Ja — Neen (3)</p> <p>Identificatie van de geneesheer (4)</p> <p style="text-align: right;">Te (datum)</p> <p style="text-align: right;">Handtekening van de behandelend geneesheer</p>																
Vak bestemd voor de adviserend geneesheer	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Datum van ontvangst</td> <td>Jaarlijks volgnummer</td> </tr> <tr> <td>Aanvang arbeidsongeschiktheid</td> <td>Oproepingstermijn</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: right;">Datum en handtekening van de adviserend geneesheer</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bezcek aan huis door : adv. geneesh. — geneesheer insp. — verpleegster (3)</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Toepassing van art. 76^{quater}, §§ 1, 2, 3 en 76^{bis} (wet van 9 augustus 1963) (3)</td> </tr> </table>	Datum van ontvangst	Jaarlijks volgnummer	Aanvang arbeidsongeschiktheid	Oproepingstermijn	Datum en handtekening van de adviserend geneesheer		Bezcek aan huis door : adv. geneesh. — geneesheer insp. — verpleegster (3)		Toepassing van art. 76 ^{quater} , §§ 1, 2, 3 en 76 ^{bis} (wet van 9 augustus 1963) (3)							
Datum van ontvangst	Jaarlijks volgnummer																
Aanvang arbeidsongeschiktheid	Oproepingstermijn																
Datum en handtekening van de adviserend geneesheer																	
Bezcek aan huis door : adv. geneesh. — geneesheer insp. — verpleegster (3)																	
Toepassing van art. 76 ^{quater} , §§ 1, 2, 3 en 76 ^{bis} (wet van 9 augustus 1963) (3)																	
	<p>(1) De gerechtigde moet aan de adviserend geneesheer elke wijziging met betrekking tot zijn verblijfplaats meedelen.</p> <p>(2) De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid opgeven door o.m. te vermelden of het gaat om een ongeval of traumatisme en voldoende gegevens meegeven om de adviserend geneesheer in staat te stellen de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen.</p> <p>(3) Het onnodige schrappen.</p> <p>(4) inschrijvingsnummer dat is toegekend door het R.I.Z.I.V.</p>																

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
 R. Schutyser.

De Voorzitter,
 W. Beirnaert.

Rijksinstituut voor ziekte- en
invaliditeitsverzekering

Port betaald
door de
bestemming

VERTROUWELJK

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

De heer adviserend geneesheer van

Bijlage II

Identificatie van de V.I.
 Naam :
 Nummer :

VERKLARING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

	Arbeider — Man	Bediende — Vrouw	Mijnwerker (1) (1)
Naam en voornamen			
Geboortedatum			
Inschrijvingsnummer			
Hoofdverblijfplaats			
..... straat nr.			
..... te			
VERKLAART :			
— arbeidsongeschikt te zijn vanaf			
— te menen dat die arbeidsongeschiktheid dagen zal duren.			
— (1) in staat te zijn zich te verplaatsen.			
— (1) niet in staat te zijn zich te verplaatsen en zich ter beschikking van de controle te houden.			
(1) hetzij op het hiervoren opgegeven adres			
hetzij op het volgende adres :			
.....			
— (1) ter verpleging te zijn opgenomen in			
..... vanaf			
Naar waarheid opgemaakt,			
Te			
(datum)			
Handtekening van de gerechtigde			

Datum van ontvangst	Jaarlijks volgnummer
Aanvang arbeidsongeschiktheid	Oproepingstermijn
Datum en handtekening van de adviserend geneesheer	
Bezoek aan huis door : adv. geneesh. — geneesheer insp. — verpleegster (1)	
Toepassing van art. 76 ^{quater} , §§ 1, 2, 3 en 76 ^{bis} (wet van 9 augustus 1963) (1)	

(1) Doorhalen wat niet past.

Vak in te vullen door de gerechtigde

Vak bestemd voor de
adviserend geneesheer

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.
 De Administrateur-generaal,
 R. Schutyser.

De Voorzitter,
 W. Beirnaert.

Rijksinstituut voor ziekte- en
invaliditeitsverzekering

VERKLARING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Port betaald
door de bestemming

VERTROUWELIJK

Aan de adviserend geneesheer van

Portvrijdom

Afzender :

Naam :

Adres :

BELANGRIJK.

De gerechtigde die onder spontane controle staat moet de adviserend geneesheer mededeling doen van elke arbeidsongeschiktheid, de dag zelf waarop deze aanvangt, door hem deze verklaring van arbeidsongeschiktheid toe te zenden of af te geven na ze te hebben ondertekend. De gerechtigde die, gelet op zijn gezondheidstoestand, niet naar de eerstvolgende controlezitting kan gaan, moet op dit document vermelden dat hij niet in staat is zich te verplaatsen. Hij moet zich voortdurend op het opgegeven adres bevinden tot dat hij de kennisgeving van erkenning van tijdelijke arbeidsongeschiktheid ontvangen heeft.

Bijlage IV-1

Identificering van de verzekeringsinstelling	Gew. dienst	Ziekenf.	
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(2)

**ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
DOOR DE ADVISEREND GENEESHEER**

Arbeider	(1)	<input type="checkbox"/>	Man	(1)	<input type="checkbox"/>	
Bediende		<input type="checkbox"/>	Vrouw		<input type="checkbox"/>	Geboortedatum
Mijnwerker		<input type="checkbox"/>				D M J <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Gerechtigde :

Naam :

Voornamen :

Adres : straat, nr. Bus

Postnummer Gemeente :

Inschrijvingsnummer (V.I.) (2)

Nummer in het Rijksregister

Ingevolge uw aanpak van arbeidsongeschiktheid, ontvangen op (3),
oordeel ik dat u arbeidsongeschikt bent als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963,
vanaf

Gelieve u voor een onderzoek in mijn spreekkamer aan te melden op

te

Indien u zich niet kunt verplaatsen, moet u mij daarvan verwittigen vóór de hiervoren vastgestelde datum.

Voorts is u ertoe gehouden iedere hervatting van de arbeid of van de werkloosheid te melden met het bewijs van arbeidshervatting of van werkloosheid.

**ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
OP DE OMMEZIJDE**

Datum

(Handtekening van de adviserend geneesheer)

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
 (2) Het laatste cijfer van het nummer, met een betekenis, moet telkens in het laatste vakje rechts komen.
 (3) Datum van het poststempel, datum van het bericht van ontvangst of datum van ontvangst van de kennisgeving toegezonden door de erkende geneeskundige controledienst.

(zie keerzijde)

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. Krachtens artikel 76^{quater}, § 1, van de wet van 9 augustus 1963 is het zo dat, als u zich niet aanmeldt op het onderzoek waarvoor u met dit formulier wordt opgeroepen, de verzekeringsuitkeringen u niet langer worden toegekend tenzij u een geldige rechtvaardiging geeft. Deze sanctie is automatisch, zonder nieuwe kennisgeving van onzentwege, van toepassing zolang u niet voldoet aan de controleverplichtingen. Ingeval u niet in staat bent om u te verplaatsen, moet u op het adres dat u hebt opgegeven aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis gegeven hebt van de redenen die u hebben belet gevolg te geven aan de oproep van de adviserend geneesheer.
2. Wenst u een met uw gezondheidstoestand verenigbare werkzaamheid te hervatten met behoud van de uitkeringen, dan moet u daartoe vooraf toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van uw verzekeringsinstelling. Zo niet, worden de verzekeringsuitkeringen u geweigerd vanaf het ogenblik waarop u de werkzaamheid zonder toestemming hervat. Bovendien mag u de werkzaamheid niet hervatten vóór de datum die de adviserend geneesheer hiervoor vastgesteld heeft.
3. Als u aan uw arbeidsongeschiktheid een einde heeft gemaakt door een spontane arbeidshervatting of een hervatting van werkloosheid, hoeft u zich niet aan te melden voor het geneeskundig onderzoek. In dat geval gelieve u dan wel uw ziekenfonds hiervan te verwittigen door toezending van een bewijs van arbeidshervatting of hervatting van gecontroleerde werkloosheid, dat naar behoren door de werkgever of door de betalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.
4. U moet aan de adviserend geneesheer elke adresverandering onmiddellijk meedelen.

Bijlage IV-2

Identificering van de verzekeringsinstelling	Gew. dienst <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Ziekenf. <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	(2)
---	---	--	-----

ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
DOOR DE ADVISEREND GENEESHEER
 (exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling)

Arbeider	(1)	<input type="checkbox"/>	Man	(1)	<input type="checkbox"/>							
Bediende		<input type="checkbox"/>	Vrouw		<input type="checkbox"/>	Geboortedatum						
Mijnwerker		<input type="checkbox"/>				<table border="0" style="margin-left: auto; margin-right: 0;"> <tr> <td style="text-align: center;">D</td> <td style="text-align: center;">M</td> <td style="text-align: center;">J</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> <td><input type="text"/></td> </tr> </table>	D	M	J	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D	M	J										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										

Gerechtigde :
 Naam :

Voornamen :

Adres : straat, nr. Bus

Postnummer Gemeente :

Inschrijvingsnummer (V.I.) (2)

Nummer in het Rijksregister

Ingevolge de aangifte van arbeidsongeschiktheid, ontvangen op

D	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

 (3),
 is u als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963 erkend

vanaf

D	M	J
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Gelieve u voor een onderzoek in mijn spreekkamer aan te melden op

te

Vermoedelijke duur van de ongeschiktheid :

Ter verpleging opgenomen sedert

Codering ongeschiktheid : (1)

Ziekte	<input type="checkbox"/>	Vermoedelijk beroepsziekte	<input type="checkbox"/>	Door derden veroorzaakte schade	<input type="checkbox"/>
Ongeval	<input type="checkbox"/>	Arbeidsongeval	<input type="checkbox"/>		

Nummer van de behandelend geneesheer

Datum
 (Handtekening van de adviserend geneesheer)

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

(2) Het laatste cijfer van het nummer, met een betekenis, moet telkens in het laatste vakje rechts komen.

(3) Datum van het poststempel, datum van het bericht van ontvangst of datum van ontvangst van de kennisgeving toegezonden door de erkende geneeskundige controledienst.

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

Bijlage IVbis

Identificering van de dienst :

Naam :

Adres :

Erkenningsnummer :

**BESLISSING VAN DE GENEESHEER VAN DE ERKENDE GENEESKUNDIGE
CONTROLEDIENST VAN DE WERKGEVER**

Arbeider — Bediende — Mijnwerker (1)
Man — Vrouw (1)

Naam en voornamen van de gerechtigde :

Geboortedatum :

Adres :

Inschrijvingsnummer :

Na ontvangst van uw aangifte van arbeidsongeschiktheid kan ik u hierbij het volgende meedelen :

(1) U wordt niet als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963 erkend om de volgende reden (2) :

- U heeft niet alle werkzaamheid onderbroken.
- de onderbreking van uw werkzaamheden is niet het rechtstreekse gevolg van het optreden of het verergeren van de letsels of functiestoornissen waarvan melding is gemaakt in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid.
- door de aandoening(en) waarvan melding is gemaakt in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid, is uw verdienvermogen niet met ten minste 66 % verminderd in het of de beroepen waarnaar wordt gerefereerd in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963.
- de gegevens vermeld in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid zijn voor mij niet voldoende om mij met algehele kennis van zaken over uw geval te kunnen uitspreken.

(1) U wordt als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963 erkend vanaf tot en geschikt verklaard vanaf

(1) U wordt als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963 erkend vanaf

De beslissing omtent het einde van uw arbeidsongeschiktheid zal door de adviserend geneesheer van uw verzekeringsinstelling worden genomen.

(1) Doorhalen wat niet van toepassing is.
(2) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

Gelieve U voor een onderzoek in mijn spreekkamer aan te melden

te

..... straat

op

om

Overigens is U ertoe gehouden iedere arbeidshervatting of hervatting van werkloosheid aan uw verzekeringsinstelling te melden met een bewijs van arbeidshervatting of van werkloosheid.

Indien U zich niet kan verplaatsen, moet U mij daarvan verwittigen vóór de hierboven vastgestelde datum.

Datum :

Handtekening

Identificering van de geneesheer van de controledienst.

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

- U niet alle werkzaamheid heeft onderbroken (art. 56, § 1 van de wet van 9 augustus 1963).
- U zonder voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds een activiteit heeft hernomen (art. 56, § 2 van de wet van 9 augustus 1963).

De gevolgen van deze beslissing en uw mogelijkheden om beroep aan te tekenen worden hieronder toegelicht. Het is in uw belang er kennis van te nemen.

Ingeval U niet akkoord gaat met deze beslissing, kan U daartegen beroep instellen met een gedateerd en ondertekend beroepschrift, dat U binnen één maand na de kennisgeving van de aangevochten beslissing moet afgeven op of aangetekend moet zenden aan de griffie van de bevoegde arbeidsrechtbank (zie adressen hierna).

Ingeval U mocht oordelen niet ertoe in staat te zijn de arbeid te hervatten, moet U zich hoe dan ook toch, om uw rechten inzake sociale zekerheid en inzonderheid in de ziekte- en invaliditeitsverzekering te vrijwaren, met overlegging van dit formulier zonder verwijl als werkzoekende laten inschrijven bij de bevoegde gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling en een aanvraag om werkloosheidsuitkeringen indienen bij een uitbetalingsdienst naar keuze (vakbond of Hulpkas voor Werkloosheidsuitkeringen).

Voor ontvangst,
de gerechtigde :

De adviserend
geneesheer/geneesheer-inspecteur

Datum :

Datum :

Arbeidsrechtbank	Adres
Antwerpen	Torengedebouw, Koningin Elisabethlei 22/24, 2018 Antwerpen
Brugge	Kazernevest 3, 8000 Brugge
Oostende	Gerechtshof, Canadaplein, 8400 Oostende
(Afdeling A.R. Brugge)	
Brussel	Quatre Brasstraat 19, 1000 Brussel
Dendermonde	Gerechtelek Complex, Kazernestraat 21, 9200 Dendermonde
Aalst	Gerechtelek Complex, Graanmarkt 1, 9300 Aalst
(Afdeling A.R. Dendermonde)	
Gent	Kalandeberg 1, 9000 Gent
Sint-Niklaas	Gerecht. complex, Kazernestraat 30-40, 9100 Sint-Niklaas
(Afdeling A.R. Dendermonde)	
Hasselt	Havermarkt 6-8, 3500 Hasselt
Ieper	D'Hondtstraat 13, 8900 Ieper
Kortrijk	Burg. H. Nolfstraat 8, 8500 Kortrijk
Roeselare	Rondekomstraat 22, 8800 Roeselare
(Afdeling A.R. Kortrijk)	
Leuven	Gerechtshof, Smoldersplein 5, 3000 Leuven
Mechelen	Bijgebouw Gerechtelek Hof, Voochtstraat 7, 2800 Mechelen
Oudenaarde	Gerechtelek Complex, Bekstraat 14, 9700 Oudenaarde
Zottegem	Grotenbergestr. 54, 9620 Zottegem (voorlopig)
(Afdeling A.R. Oudenaarde)	
Tongeren	Resid. « Diplomat », Achttiende Oogstwal 35, bus 4, 3700 Tongeren
Turnhout	Patersstraat 24, 2300 Turnhout
Veurne	Peter Benoitlaan 2, 8630 Veurne

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

Mutatie : van	<table border="1"><tr><td>Ziikenf.</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	Ziikenf.	<input type="text"/>	naar	<table border="1"><tr><td>Ziikenf.</td></tr><tr><td><input type="text"/></td></tr></table>	Ziikenf.	<input type="text"/>	(2)
Ziikenf.								
<input type="text"/>								
Ziikenf.								
<input type="text"/>								
Voor ontvangst, de gerechtigde :					De adviserend geneesheer/geneesheer-inspecteur			
Datum :					Datum :			

(2) Het laatste cijfer van het nummer, met een betekenis, moet telkens in het laatste vakje rechts .
komen.

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

Bijlage VIII

Identificering van de dienst :

Naam :

Adres :

Erkenningsnummer :

**BESLISSING VAN DE GENEESHEER VAN DE ERKENDE GENEESKUNDIGE
CONTROLEDIENST VAN DE WERKGEVER**

Arbeider — Bediende — Mijnwerker (1)
Man — Vrouw (1)

Naam en voornaam :

Adres :

(1) Deze gerechtigde is als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9/8/1963 erkend van tot
en geschikt verklaard vanaf

(1) Deze gerechtigde is als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 56 van de wet van 9 augustus 1963 erkend vanaf
voor een vermoedelijke duur van kalenderdagen.

Diagnose en voornaamste symptomen :

.....

(1) Gelet op de aard van de geneeskundige gegevens, geven wij U in overweging de betrokkene binnen een termijn van
op te roepen.

De betrokkene — kan zich verplaatsen (1)
— kan zich niet verplaatsen (1)

Hierbij gaat een gemotiveerd geneeskundig getuigschrift.

Naam en adres van de behandelend geneesheer :

Datum :

Handtekening en identificering van de geneesheer van de
controledienst

.....

(1) Doorhalen wat niet van toepassing is.

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.

- U niet alle werkzaamheid heeft onderbroken (art. 56, § 1, van de wet van 9 augustus 1963).
- U zonder voorafgaande toelating van de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds een activiteit heeft hernomen (art. 56, § 2, van de wet van 9 augustus 1963).
- De gegevens vermeld in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid zijn voor mij niet voldoende om mij met algehele kennis van zaken over uw geval te kunnen uitspreken.

De gevolgen van deze beslissing en uw mogelijkheden om beroep aan te tekenen worden hieronder toegelicht. Het is in uw belang er kennis van te nemen.

Ingeval U niet akkoord gaat met deze beslissing, kan U daartegen beroep instellen met een gedateerd en ondertekend beroepschrift, dat U binnen één maand na de kennisgeving van de aangevochten beslissing moet afgeven op of aangetekend moet zenden aan de griffie van de bevoegde arbeidsrechtbank (zie adressen hierna).

Ingeval U mocht oordelen niet ertoe in staat te zijn de arbeid te hervatten, moet U zich hoe dan ook toch, om uw rechten inzake sociale zekerheid en inzonderheid in de ziekte- en invaliditeitsverzekering te vrijwaren, met overlegging van dit formulier zonder verwijl als werkzoekende laten inschrijven bij de bevoegde gewestelijke dienst voor arbeidsbemiddeling en een aanvraag om werkloosheidsuitkeringen indienen bij een uitbetalingsdienst naar keuze (vakbond of Hulpkas voor Werkloosheidsuitkeringen).

Voor ontvangst,
de gerechtigde :

De adviserend
geneesheer/geneesheer-inspecteur

Datum :

Datum :

Arbeidsrechtbank	Adres
Antwerpen	Torengedebouw, Koningin Elisabethlei 22/24, 2018 Antwerpen
Brugge	Kazernevest 3, 8000 Brugge
Oostende	Gerechtshof, Canadaplein, 8400 Oostende
(Afdeling A.R. Brugge)	
Brussel	Quatre Brasstraat 19, 1000 Brussel
Dendermonde	Gerechtigd Complex, Kazernestraat 21, 9200 Dendermonde
Aalst	Gerechtigd Complex, Graanmarkt 1, 9300 Aalst
(Afdeling A.R. Dendermonde)	
Gent	Kalandeberg 1, 9000 Gent
Sint-Niklaas	Gerechtigd complex, Kazernestraat 30-40, 9100 Sint-Niklaas
(Afdeling A.R. Dendermonde)	
Hasselt	Havermarkt 6-8, 3500 Hasselt
Ieper	D'Hondtstraat 13, 8900 Ieper
Kortrijk	Burg. H. Nolfstraat 8, 8500 Kortrijk
Roeselare	Rondekomstraat 22, 8800 Roeselare
(Afdeling A.R. Kortrijk)	
Leuven	Gerechtshof, Smoldersplein 5, 3000 Leuven
Mechelen	Bijgebouw Gerechtigd hof, Voochtstraat 7, 2800 Mechelen
Oudenaarde	Gerechtigd Complex, Bekstraat 14, 9700 Oudenaarde
Zottegem	Grotenbergestr. 54, 9820 Zottegem (voorlopig)
(Afdeling A.R. Oudenaarde)	
Tongeren	Resid. « Diplomat », Achttiende Oogstwal 35, bus 4, 3700 Tongeren
Turnhout	Patersstraat 24, 2300 Turnhout
Veurne	Peter Benoitlaan 2, 8630 Veurne

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 april 1993.

De Administrateur-generaal,
R. Schutyser.

De Voorzitter,
W. Beirnaert.