

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIEN

N. 2010 — 4138

[C — 2010/03620]

10 DECEMBER 2010. — Ministerieel besluit betreffende de uitgifte van de Staatsbon op 5 jaar - 4 december 2010-2015 en van de Staatsbon op 8 jaar - 4 december 2010-2018

De Minister van Financiën,

Gelet op het koninklijk besluit van 9 juli 2000 betreffende de uitgifte van de Staatsbons, artikelen 1, 4, 6 en 10, zoals gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 26 mei 2002, 18 februari 2003, 31 juli 2004, 10 november 2006 en 23 mei 2007;

Gelet op het koninklijk besluit van 15 januari 2010 dat de Minister van Financiën machtigt tot voortzetting in 2010, van de uitgifte van de leningen genaamd « Lineaire obligaties », van de uitgifte van de leningen genaamd « Staatsbons », alsook van « Euro Medium Term Notes », artikel 1, 2°;

Gelet op het ministerieel besluit van 10 juli 2000 betreffende de uitgifte van Staatsbons zoals gewijzigd bij de ministeriële besluiten van 21 mei 2003 en 24 mei 2007,

Besluit :

Artikel 1. Er wordt overgegaan tot de uitgifte van twee leningen respectievelijk genaamd : « Staatsbon op 5 jaar » en « Staatsbon op 8 jaar ».

Art. 2. De Staatsbon op 5 jaar - 4 december 2010-2015 rent 2,35 pct 's jaars vanaf 4 december 2010 tot en met 3 december 2015.

Art. 3. De Staatsbon op 8 jaar - 4 december 2010-2018 rent 3,00 pct 's jaars vanaf 4 december 2010 tot en met 3 december 2018.

Art. 4. De openbare inschrijving op deze Staatsbons zoals bedoeld in artikel 6 van het koninklijk besluit van 9 juli 2000, wordt opengesteld op 25 november 2010; zij wordt afgesloten op 3 december 2010. De datum van betaling is vastgesteld op 6 december 2010. De betaling is volledig in specien.

Art. 5. De uitgifteprijs van de Staatsbon op 5 jaar - 4 december 2010-2015 is vastgesteld tegen 100,00 pct van de nominale waarde.

De uitgifteprijs van de Staatsbon op 8 jaar - 4 december 2010-2018 is vastgesteld tegen 100,00 pct van de nominale waarde.

Art. 6. Dit besluit heeft uitwerking op 25 november 2010.

Brussel, 10 december 2010.

D. REYNDERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

F. 2010 — 4138

[C — 2010/03620]

10 DECEMBRE 2010. — Arrêté ministériel relatif à l'émission du bon d'Etat à 5 ans - 4 décembre 2010-2015 et du bon d'Etat à 8 ans - 4 décembre 2010-2018

Le Ministre des Finances,

Vu l'arrêté royal du 9 juillet 2000 relatif à l'émission des bons d'Etat, articles 1^{er}, 4, 6 et 10, tel que modifié par les arrêtés royaux des 26 mai 2002, 18 février 2003, 31 juillet 2004, 10 novembre 2006 et 23 mai 2007;

Vu l'arrêté royal du 15 janvier 2010 autorisant le Ministre des Finances à poursuivre, en 2010, l'émission des emprunts dénommés « Obligations linéaires », l'émission des emprunts dénommés « Bons d'Etat » ainsi que les « Euro Medium Term Notes », article 1^{er}, 2°;

Vu l'arrêté ministériel du 10 juillet 2000 relatif à l'émission des bons d'Etat tel que modifié par les arrêtés ministériels des 21 mai 2003 et 24 mai 2007,

Arrête :

Article 1^{er}. Il est émis deux emprunts dénommés respectivement : « Bon d'Etat à 5 ans » et « Bon d'Etat à 8 ans ».

Art. 2. Le bon d'Etat à 5 ans - 4 décembre 2010-2015 porte intérêt au taux de 2,35 p.c. l'an du 4 décembre 2010 au 3 décembre 2015 inclus.

Art. 3. Le bon d'Etat à 8 ans - 4 décembre 2010-2018 porte intérêt au taux de 3,00 p.c. l'an du 4 décembre 2010 au 3 décembre 2018 inclus.

Art. 4. La souscription publique à ces bons d'Etat telle que visée à l'article 6 de l'arrêté royal du 9 juillet 2000, est ouverte le 25 novembre 2010; elle est close le 3 décembre 2010. La date de paiement est fixée au 6 décembre 2010. Le paiement est effectué intégralement en espèces.

Art. 5. Le prix d'émission du bon d'Etat à 5 ans - 4 décembre 2010-2015 est fixé à 100,00 p.c. de la valeur nominale.

Le prix d'émission du bon d'Etat à 8 ans - 4 décembre 2010-2018 est fixé à 100,00 p.c. de la valeur nominale.

Art. 6. Le présent arrêté produit ses effets le 25 novembre 2010.

Bruxelles, le 10 décembre 2010.

D. REYNDERS

FEDERALE OVERHEIDSDIENST FINANCIEN

N. 2010 — 4139 (2010 — 4075)

[C — 2010/03677]

1 DECEMBER 2010. — Koninklijk besluit tot wijziging van het KB/WIB 92, op het stuk van de bedrijfsvoorheffing. — Erratum

Op bladzijde 76414 van het *Belgisch Staatsblad* nr. 361 van 10 december 2010 worden, in de Nederlandstalige tekst van het tweede lid van het nr. 5.25, de woorden « sportbeoefenaar of » telkens opgeheven.

SERVICE PUBLIC FEDERAL FINANCES

F. 2010 — 4139 (2010 — 4075)

[C — 2010/03677]

1^{er} DECEMBRE 2010. — Arrêté royal modifiant, en matière de précompte professionnel, l'AR/CIR 92. — Erratum

A la page 76414 du *Moniteur belge* n° 361 du 10 décembre 2010, dans le texte néerlandais de l'alinéa 2 du n° 5.25, les mots « sportbeoefenaar of » sont chaque fois abrogés.

FEDERALE OVERHEIDSDIENST
SOCIALE ZEKERHEID

N. 2010 — 4140

[C — 2010/22487]

17 NOVEMBER 2010. — Verordening tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

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

Gelet op de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, het artikel 80, 5°;

SERVICE PUBLIC FEDERAL
SECURITE SOCIALE

F. 2010 — 4140

[C — 2010/22487]

17 NOVEMBRE 2010. — Règlement modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

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

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 80, 5°;

Gelet op de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994;

Na erover beraadslaagd te hebben tijdens zijn zitting van 17 november 2010,

Besluit :

Artikel 1. In de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, wordt artikel 11, gewijzigd bij de verordeningen van 15 september 2004 en 15 februari 2006, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, aangevuld met een paragraaf 2, luidend als volgt :

« § 2. Indien de gerechtigde die valt onder het toepassingsgebied van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en nr. 987/2009 van 16 september 2009 tot vaststelling van haar wijze van toepassing, bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont en aangifte heeft gedaan van zijn arbeidsongeschiktheid overeenkomstig de bepalingen van artikel 27 van de voormelde Verordening (EG) nr. 987/2009, brengt de adviserend geneesheer zijn beslissing ter kennis met een formulier conform het model in bijlage V-1bis of VIbis, naargelang het gaat om een beslissing waarbij de staat van arbeidsongeschiktheid wordt erkend of niet wordt erkend.

De adviserend geneesheer zendt terzelfdertijd een afschrift van de kennisgeving aan de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling door toezending van de naar behoren ingevulde bijlage V-2bis.

De bepalingen van § 1 zijn van toepassing, onder voorbehoud van de wijzigingen aangebracht door de huidige paragraaf. »

Art. 2. In dezelfde verordening wordt artikel 17, waarvan de bestaande tekst paragraaf 1 zal vormen, aangevuld met een paragraaf 2, luidend als volgt :

« § 2. Indien de gerechtigde die valt onder het toepassingsgebied van de Verordeningen (EG) nr. 883/2004 van 29 april 2004 betreffende de coördinatie van de socialezekerheidsstelsels en nr. 987/2009 van 16 september 2009 tot vaststelling van haar wijze van toepassing, bij de aanvang van zijn arbeidsongeschiktheid in een andere lidstaat van de Europese Unie dan België verblijft of woont, kan de adviserend geneesheer, zonder over te gaan tot een voorafgaand geneeskundig onderzoek, een einde stellen aan de erkenning van de arbeidsongeschiktheid vanaf de datum van einde van de ongeschiktheid vermeld op het getuigenschrift van arbeidsongeschiktheid dat is opgesteld door de behandelend geneesheer van de Staat van de verblijf- of woonplaats of door het bevoegde orgaan van de verblijf- of woonplaats.

De adviserend geneesheer geeft onverwijld kennis van zijn beslissing aan de gerechtigde onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten bepaald in § 1, derde lid van het huidige artikel met een formulier conform het model in bijlage VII-1bis.

De adviserend geneesheer brengt zijn beslissing onmiddellijk ter kennis van de administratieve dienst van zijn verzekeringsinstelling met een formulier conform het model in bijlage VII-2bis. »

Art. 3. In dezelfde verordening wordt een bijlage V-1bis, een bijlage V-2bis, een bijlage VIbis, een bijlage VII-1bis en een bijlage VII-2bis ingevoegd die worden toegevoegd respectievelijk aan de bijlagen 1 tot 5 van de huidige verordening.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME.

De Leidend ambtenaar,
F. PERL.

Vu le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 17 novembre 2010,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 11, modifié par les règlements des 15 septembre 2004 et 15 février 2006, dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit :

« § 2. Si, lors de la survenance de son incapacité de travail, le titulaire auquel s'applique les Règlements (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant ses modalités d'application, séjourne ou réside dans un Etat membre de l'Union européenne autre que la Belgique et déclare son incapacité de travail conformément aux dispositions de l'article 27 du Règlement (CE) n° 987/2009 précité, le médecin-conseil notifie sa décision au moyen d'une formule conforme au modèle repris sous les annexes V-1^{re}bis ou VIbis, suivant qu'il s'agit d'une décision de reconnaissance ou de non-reconnaissance de l'état d'incapacité de travail.

Le médecin-conseil adresse simultanément une copie de la notification au service administratif de l'organisme assureur, par l'envoi de l'annexe V-2bis dûment complétée.

Les dispositions du § 1^{er} sont d'application, sous réserve des modifications apportées par le présent paragraphe. »

Art. 2. Dans le même règlement, l'article 17 dont le texte actuel formera le paragraphe 1^{er}, est complété par un paragraphe 2 rédigé comme suit :

« § 2. Si, lors de la survenance de son incapacité de travail, le titulaire auquel s'applique les Règlements (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale et n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant ses modalités d'application, séjourne ou réside dans un Etat membre de l'Union européenne autre que la Belgique, le médecin-conseil peut mettre fin à la reconnaissance de l'incapacité de travail sans procéder à un examen médical préalable, à partir de la date de fin de l'incapacité mentionnée sur le certificat d'incapacité de travail établi par le médecin-traitant de l'Etat de séjour ou de résidence ou par l'institution compétente du lieu de séjour ou de résidence.

Le médecin-conseil notifie sans délai sa décision au titulaire, dans les conditions et selon les modalités fixées au § 1^{er}, alinéa 3 du présent article, au moyen de la formule conforme au modèle repris sous l'annexe VII-1bis.

Le médecin-conseil porte immédiatement sa décision à la connaissance de l'administration de son organisme assureur au moyen de la formule conforme au modèle repris sous l'annexe VII-2bis. »

Art. 3. Dans le même règlement, il est inséré une annexe V-1^{re}bis, une annexe V-2bis, une annexe VIbis, une annexe VII-1^{re}bis et une annexe VII-2bis qui sont jointes respectivement aux annexes 1^{re} à 5 du présent règlement.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire - dirigeant,
F. PERL.

Bijlage 1 bij de verordening van 17 november 2010 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage V-1bis

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Gew. dienst Zf.

**ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR
DE ADVISEREND GENEESHEER**
(Artikel 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

Arbeider (1) Man (1)
Bediende Vrouw
Mijnwerker

Geboortedatum D M J

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres:straat, nr. Bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op erken ik uw arbeidsongeschiktheid zoals vermeld op het medisch getuigschrift opgemaakt in uw land van verblijf- of woonplaats (art. 5 en 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

D M J (3)

vanaf

Ik heb gevraagd om een medische controle van uw arbeidsongeschiktheid te laten uitvoeren in uw Staat van verblijf- of woonplaats (art. 27, §6 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

JA (4)

NEEN

U bent ertoe gehouden om elke hervatting van de arbeid of van de werkloosheid te melden met het bewijs van hervatting van arbeid of van werkloosheid.

**ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
OP DE KEERZIJDE**

op.....
(Handtekening van de adviserend geneesheer)

- (1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
- (2) Het laatste significante cijfer van het nummer moet in het laatste vakje rechts komen.
- (3) Postdatum, datum van het bericht van ontvangst of datum van de ontvangst van de kennisgeving toegezonden door de erkende geneeskundige controledienst.
- (4) Gelieve ter beschikking te blijven van de geneesheer-controleur op het aangegeven adres van de verblijf- of woonplaats (zie opmerking nr. 1 op de keerzijde van dit formulier).

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. Als u zich niet aanmeldt voor het onderzoek waarvoor u in uw Staat van verblijf- of woonplaats wordt opgeroepen, ontvangt u in toepassing van artikel 134, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 geen arbeidsongeschiktheidsuitkeringen meer, tenzij u een geldige rechtvaardiging geeft. Deze sanctie wordt, zonder nieuwe kennisgeving van onzentwege, automatisch toegepast zolang u niet voldoet aan de controleverplichtingen.

Indien u niet in staat bent om u te verplaatsen, moet u op het adres dat u opgegeven heeft, aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis gegeven heeft van de redenen die u hebben belet gevolg te geven aan de oproeping van de geneesheer-controleur.

2. Wenst u een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit te hervatten met behoud van de uitkeringen, dan moet u daartoe *vooraf toelating vragen* aan de adviserend geneesheer van uw verzekeringsinstelling. Anders worden de arbeidsongeschiktheidsuitkeringen u geweigerd vanaf het ogenblik waarop u de niet toegelaten activiteit heeft hervat. Bovendien mag u de activiteit niet aanvatten vóór de datum die de adviserend geneesheer hiervoor vastgesteld heeft.

3. Als u op de datum van de oproeping aan uw arbeidsongeschiktheid een einde heeft gemaakt door een spontane arbeidshervatting of een hervatting van de werkloosheid, hoeft u zich niet aan te melden voor het geneeskundig onderzoek. In dat geval gelieve dan wel uw ziekenfonds hiervan te verwittigen door toezending van een bewijs van hervatting (van de arbeid of van de gecontroleerde werkloosheid), dat naar behoren door uw werkgever of door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.

4. U dient onmiddellijk elke adreswijziging aan de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds mee te delen. In geval van tijdelijk verblijf in het buitenland, dient u eveneens de geplande datum van terugkeer naar het Belgisch grondgebied mee te delen.

Wij vragen u zo snel mogelijk contact op te nemen met de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds indien u specifieke problemen ondervindt.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 16 april 1997.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,
F. PERL

Bijlage 2 bij de verordening van 17 november 2010 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage V-2bis

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Gew. dienst	Zf.
<input type="text"/>	<input type="text"/>

ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR DE ADVISEREND GENEESHEER

Artikel 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009

Exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling

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

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. Bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid, ontvangen op
erken ik uw arbeidsongeschiktheid zoals vermeld op het medisch getuigschrift opgemaakt in uw land van verblijf- of
woonplaats (artikel 5 en 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

D M J (3)

vanaf

Ik heb gevraagd om een medische controle van uw arbeidsongeschiktheid te laten uitvoeren, zoals vermeld op het medisch getuigschrift opgemaakt in uw land van verblijf- of woonplaats (artikel 27, §6 van de Verordening (EG) nr. 987/2009).

JA /NEEN (*)

(*) Doorhalen wat niet van toepassing is

Vermoedelijke duur van de ongeschiktheid op basis van het buitenlands medisch getuigschrift :

Gehospitaliseerd sinds :

Codering ongeschiktheid: (1)

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

Nummer van de behandelend geneesheer:

Op.....

(Handtekening van de adviserend geneesheer)

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

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 16 april 1997.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,
F. PERL

Bijlage 3 bij de verordening van 17 november 2010 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage VIbis

Identificering van de verzekeringsinstelling

Gew.
dienst

Zf.

WEIGERING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER OM DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID TE ERKENNEN
(Artikel 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

AANGETEKEND

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

Gerechtigde:

Naam:

Voornaam:

Adres:straat , nr. Bus

Postnummer: Gemeente :

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer (2)

Naar aanleiding van de aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op (3)

deel ik u mee dat u niet arbeidsongeschikt kunt worden erkend als bedoeld in artikel 100 van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14.7.1994, om de volgende redenen: (1)

1. U heeft niet alle werkzaamheden onderbroken (art. 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994).
2. De stopzetting van uw werkzaamheden is niet het rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.
3. Het medisch getuigschrift dat u mij heeft bezorgd, bevat geen nieuwe gegevens die van aard zijn om mijn beslissing van te wijzigen.
4. De gegevens vermeld in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid zijn voor mij niet voldoende om mij met algehele kennis van zaken te kunnen uitspreken.
5. Andere:

**ZIE BELANGRIJKE
OPMERKINGEN OP DE
KEERZIJDE**

Op

(Handtekening van de adviserend geneesheer)

- (1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
- (2) Het laatste significante cijfer van het nummer moet in het laatste vakje rechts worden ingevuld.
- (3) Postdatum, datum van het bericht van ontvangst of datum van ontvangst van de kennisgeving toegezonden door de erkende geneeskundige controledienst.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

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

1. Indien u niet akkoord gaat met deze beslissing, staat het u vrij om beroep in te stellen bij de **arbeidsrechtbank** van het rechtsgebied van uw woonplaats in België (zie adressen als bijlage).
Indien u in België geen woonplaats meer heeft, moet het beroep worden ingesteld in het rechtsgebied van uw laatste woonplaats in België.
Indien u nooit een woonplaats in België heeft gehad, moet het beroep worden ingesteld in het rechtsgebied van de plaats van uw laatste tewerkstelling in België (adres van uw laatste werkgever).¹

Het beroep moet worden ingesteld met een schriftelijk, gedateerd en ondertekend verzoekschrift dat (tegen ontvangstbewijs) wordt neergelegd of aangetekend verstuurd wordt naar de griffie van voornoemde rechtbank, en dit, **binnen drie maanden na deze kennisgeving**.

Indien u beroep aantekent tegen deze beslissing, dient u zich als werkzoekende in te schrijven en dient u een aanvraag om werkloosheidsuitkeringen in te dienen teneinde uw rechten inzake de sociale zekerheid te vrijwaren.

2. U mag voor de arbeidsrechtbank verschijnen in persoon of u mag er zich laten vertegenwoordigen door een advocaat, door een afgevaardigde van een representatieve organisatie van de werknemers (syndicale organisatie) met een schriftelijke volmacht of door uw echtgeno(o)t(e), een bloed- of aanverwant met een schriftelijke volmacht en speciaal door de rechter toegelaten (artikel 728 van het Gerechtelijk wetboek).
3. De instelling van sociale zekerheid wordt steeds veroordeeld tot de betaling van de gerechtskosten, behalve wanneer de procedure tergend en roekeloos is (artikel 1017 van het Gerechtelijk wetboek).

¹ artikel 628, 14°, lid 2 en 3 van het Gerechtelijk wetboek

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 16 april 1997.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,
F. PERL

Bijlage 4 bij de verordening van 17 november 2010 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage VII-1bis

Identificering
van de verzekeringsinstelling

Gew. Dienst Zf.

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
(Artikel 27 van de Verordening (EG) nr. 987/2009)

AANGETEKEND

Arbeider (1)

Man (1)

Bediende

Vrouw

Geboortedatum D M J

Mijnwerker

Gerechtigde:

Naam:

Voornaam:

Adres: straat , nr. Bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

M.

Hierbij deel ik u mee dat ik de beslissing heb genomen om de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid te beëindigen vanaf

D M J

Deze beslissing is gebaseerd op (1):

1. de datum van einde van de arbeidsongeschiktheid zoals vermeld op het medisch getuigschrift dat door het bevoegde orgaan of de behandelend geneesheer van uw verblijf- of woonplaats is ingevuld en op basis waarvan uw arbeidsongeschiktheid oorspronkelijk is erkend.

2. het verslag van het medisch onderzoek verricht op mijn verzoek op
 door het bevoegde orgaan van uw verblijf- of woonplaats
 door de geneesheer-controleur van mijn keuze

3. de in mijn bezit zijnde medische gegevens waaruit blijkt dat de stopzetting van uw activiteiten niet of niet meer het rechtstreekse gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

**ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
OP DE KEERZIJDE**

Op:
(Handtekening van de adviserend geneesheer)

- (1) Kruis het desbetreffende vakje aan.
(2) Het laatste significante cijfer van het nummer moet in het laatste vakje rechts worden ingevuld.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

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

Bij de ontvangst van deze beslissing, heeft u verschillende mogelijkheden:

1. U gaat akkoord met deze beslissing. U hoeft niets te doen. Uw arbeidsongeschiktheid, evenals de vergoeding ervan zullen een einde nemen op de datum zoals vermeld op de keerzijde.
2. U gaat niet akkoord met deze beslissing. U meent dat uw arbeidsongeschiktheid voortduurt na de datum van einde van de erkenning zoals vermeld op deze beslissing. In dat geval:
 - a) ofwel bezorgt u een nieuw medisch getuigschrift van ongeschiktheid aan de adviserend geneesheer van uw Belgisch ziekenfonds. Deze zal zich uitspreken over de erkenning van deze nieuwe arbeidsongeschiktheid en zal u zijn beslissing ter kennis brengen.

We vestigen er uw aandacht op dat het nieuwe getuigschrift zal moeten worden ingediend **binnen twee kalenderdagen** (waarbij de poststempel bewijskracht heeft) die volgen op de aanvang van de nieuwe arbeidsongeschiktheid, op straffe van een sanctie wegens laattijdige aangifte van de arbeidsongeschiktheid.

- b) ofwel stelt u beroep in bij de arbeidsrechtbank van het rechtsgebied van uw woonplaats in België (zie adressen als bijlage). Indien u in België geen woonplaats meer heeft, moet het beroep worden ingesteld in het rechtsgebied van uw laatste woonplaats in België. Indien u nooit een woonplaats in België heeft gehad, moet het beroep worden ingesteld in het rechtsgebied van de plaats van uw laatste tewerkstelling in België (adres van uw laatste werkgever).¹

Het beroep moet worden ingesteld met een schriftelijk, gedateerd en ondertekend verzoekschrift dat (tegen ontvangstbewijs) wordt neergelegd of aangetekend wordt verstuurd naar de griffie van voornoemde rechtbank, en dit, **binnen drie maanden na onderhavige kennisgeving**.

Indien u beroep aantekent tegen deze beslissing, dient u zich als werkzoekende te laten inschrijven en dient u een aanvraag om werkloosheidsuitkeringen in te dienen teneinde uw rechten inzake de sociale zekerheid te vrijwaren.

U mag voor de arbeidsrechtbank verschijnen in persoon of u mag er zich laten vertegenwoordigen door een advocaat, door een afgevaardigde van een representatieve organisatie van de werknemers (syndicale organisatie) met een schriftelijke volmacht of door uw echtgeno(o)t(e), een bloed- of aanverwant met een schriftelijke volmacht en speciaal door de rechter toegelaten (artikel 728 van het Gerechtelijk wetboek).

De instelling van sociale zekerheid wordt steeds veroordeeld tot de betaling van de gerechtskosten, behalve wanneer de procedure tergend en roekeloos is (artikel 1017 van het Gerechtelijk wetboek).

U kan tegelijkertijd een nieuw medisch getuigschrift van ongeschiktheid aan uw adviserend geneesheer versturen en beroep instellen bij de arbeidsrechtbank. De twee handelwijzen kunnen worden gecombineerd. **Indien echter uw nieuwe arbeidsongeschiktheid (verlenging) wordt erkend, is het niet meer nodig om beroep bij de arbeidsrechtbank in te stellen.**

¹artikel 628, 14°, lid 2 en 3 van het Gerechtelijk wetboek

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 16 april 1997.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,
F. PERL

Bijlage 5 bij de verordening van 17 november 2010 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

Bijlage VII-2bis

Identificering van de verzekeringsinstelling

Gew. dienst

Zf.

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
(Artikel 27 van de verordening (EG) nr. 987/2009)

Exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling

AANGETEKEND

Arbeider (1)

Man (1)

Bediende

Vrouw

Geboortedatum D M J

Mijnwerker

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. Bus

Postnummer:

Gemeente:.....

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Als arbeidsongeschikt als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 erkend vanaf (in geval van verandering van ziekenfonds eerste datum)

D M J

Bij wederinstorting eerste datum van arbeidsongeschiktheid

Aanvangsdatum van de toekenning van de primaire ongeschiktheidsuitkeringen (bij wederinstorting of verandering van ziekenfonds eerste datum)

Einde van de toekenning van de primaire ongeschiktheids- / invaliditeitsuitkeringen (3)

Reden: (1)

Spontane arbeidshervatting (4)

Overlijden

Pensionering

Invaliditeit

Einde van arbeidsongeschiktheid zoals vermeld op het medisch getuigschrift dat door het bevoegde orgaan of de behandelend geneesheer van het land van verblijf- of woonplaats is ingevuld en op basis waarvan uw arbeidsongeschiktheid oorspronkelijk is erkend

Einde van arbeidsongeschiktheid op basis van het verslag van het medisch onderzoek verricht op ons verzoek door het bevoegde orgaan van uw verblijf- of woonplaats of door de geneesheer-controleur van onze keuze

Einde van arbeidsongeschiktheid gebaseerd op de in ons bezit zijnde medische gegevens waaruit blijkt dat de stopzetting van uw activiteiten niet of niet meer het rechtstreekse gevolg is van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen

Andere redenen

Mutatie: van Zf. naar Zf. (2)

Voor ontvangst, de gerechtigde:

De adviserend geneesheer

Datum: Datum:

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

(2) Het laatste significante cijfer van het nummer moet in het laatste vakje rechts komen.

(3) Doorhalen wat niet van toepassing is.

(4) In dat geval moet de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling de adviserend geneesheer hiervan met dit document op de hoogte brengen.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 16 april 1997.

De Voorzitter,
I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,
F. PERL

Annexe 1 au règlement du 17 novembre 2010 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe V-1bis

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R. Mut.

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

**RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
PAR LE MEDECIN-CONSEIL
(Article 27 du Règlement (CE) n° 987/2009)**

Ouvrier (1)
Employé
Mineur

Homme (1)
Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom:

Prénoms:

Adresse: rue , n°... Bte...
Code postal: Localité:

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national (2)

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le (3)
Je reconnais votre incapacité de travail attestée par le certificat médical établi dans votre pays de séjour/ résidence (art. 5 et 27 du Règlement (CE) n° 987/2009)
à partir du

J'ai demandé de faire procéder à un contrôle médical de votre incapacité de travail dans votre Etat de séjour ou de résidence (art. 27§6 du Règlement (CE) n° 987/2009)
 OUI (4)
 NON

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.

**VOIR AU VERSO
REMARQUES IMPORTANTES**

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.
- (4) Veuillez vous tenir à la disposition du médecin contrôleur à l'adresse de séjour ou de résidence renseignée (voir remarque n°1 au verso de la présente).

REMARQUES IMPORTANTES

1. En vertu des dispositions de l'article 134, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, si vous ne vous présentez pas à l'examen auquel vous serez convoqué(e) dans votre Etat de séjour ou de résidence, les indemnités d'incapacité de travail 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 partir de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-contrôleur.

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 d'incapacité de travail 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 de votre mutualité tout changement d'adresse. En cas de séjour temporaire à l'étranger, vous devez également communiquer la date de retour prévue sur le territoire belge.

Veillez contacter rapidement le médecin-conseil de votre mutualité si vous êtes confronté(e) à des problèmes spécifiques.

Vu pour être annexé au règlement du 16 avril 1997.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
F. PERL.

Annexe 2 au règlement du 17 novembre 2010 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe V-2bis

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R.

Mut.

--	--	--

--	--	--

RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL PAR LE MEDECIN-CONSEIL

Article 27 du Règlement (CE) n° 987/2009

Exemplaire destiné au Service administratif de l'organisme assureur

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

Titulaire:

Nom:

Prénoms:

Adresse: rue....., n° Bte

Code postal: Localité:

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national: (2)

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le (3)

Je reconnais votre incapacité de travail attestée par le certificat médical établi dans votre pays de séjour/résidence (article 5 et 27 du Règlement (CE) n° 987/2009)

à partir du

J'ai demandé de faire procéder à un contrôle médical de votre incapacité de travail attestée par le certificat médical établi dans votre pays de séjour ou de résidence (article 27, § 6, du Règlement (CE) n° 987/2009).

OUI / NON (*)

(*) Biffer la mention inutile

Durée probable de l'incapacité, sur base du certificat médical étranger :

Hospitalisé(e) depuis le :

Code incapacité: (1)

Maladie Présomption de maladie professionnelle

Accident Accident du travail Dommage causé par un tiers

Numéro du médecin traitant:

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 l'avis transmis par le service du contrôle médical agréé.

Vu pour être annexé au règlement du 16 avril 1997.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
F. PERL.

Annexe 3 au règlement du 17 novembre 2010 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe VIbis

Identification de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

REFUS DE RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL PAR LE MEDECIN-CONSEIL
(Article 27 du Règlement (CE) n° 987/2009)

RECOMMANDE

(1)
Ouvrier

Employé

Mineur

(1)
Homme

Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom:

Prénom:

Adresse: rue..... n° Bte
Code postal: Localité:

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national (2)

A la suite de la déclaration d'incapacité de travail reçue le J M A (3)

Je vous informe que vous ne pouvez être reconnu(e) comme étant incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.7.1994 pour les motifs suivants: (1)

- 1. Vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100, § 1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)
- 2. La cessation de vos activités n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
- 3. Le certificat médical que vous m'avez transmis n'apporte pas d'éléments nouveaux de nature à modifier ma décision du...
- 4. Les éléments communiqués par votre déclaration d'incapacité de travail sont insuffisants pour me permettre de me prononcer en toute connaissance de cause.
- 5. Autre :

VOIR AU VERSO
REMARQUES IMPORTANTES

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.

REMARQUES IMPORTANTES

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

1. Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours auprès du **tribunal du travail** dans le ressort duquel est situé votre domicile en Belgique (voir adresses en annexe). Si vous n'avez plus de domicile en Belgique, le recours doit être introduit dans le ressort de votre dernier domicile belge.
Si vous n'avez jamais eu de domicile en Belgique, le recours doit être introduit dans le ressort du lieu de votre dernière occupation en Belgique (adresse de votre dernier employeur)¹.
Le recours doit être introduit par requête écrite, datée et signée, déposée (contre accusé de réception) ou adressée par envoi recommandé, au greffe de cette juridiction, **endéans les trois mois de la présente notification**.
Si vous introduisez un recours contre la présente décision, vous devez vous inscrire comme demandeur d'emploi et introduire une demande d'allocations de chômage, afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale.
2. Vous pouvez comparaître en personne devant le tribunal du travail ou être représenté par un avocat, par un délégué d'une organisation représentative des travailleurs (organisation syndicale), porteur d'une procuration écrite ou par votre conjoint, parent ou allié porteur d'une procuration écrite et agréé spécialement par le juge (article 728 du Code judiciaire)
1. L'institution de sécurité sociale est toujours condamnée aux dépens, sauf en cas de demande téméraire et vexatoire (article 1017 du code judiciaire).

¹ article 628, 14° al. 2 et 3 du code judiciaire

Vu pour être annexé au règlement du 16 avril 1997.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
F. PERL.

Annexe 4 au règlement du 17 novembre 2010 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe VII-1bis

Identification
de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
(Article 27 du Règlement (CE) n° 987/2009)

RECOMMANDE

Ouvrier (1)

Homme (1)

Date de naissance

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

Employé

Femme

Mineur

Titulaire:

Nom:

Prénom:

Adresse: rue n° Bte
Code postal: Localité:

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national: (2)

M.....

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance que j'ai pris la décision de mettre fin à la reconnaissance de votre incapacité de travail à dater du

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

Cette décision est basée sur (1):

1. la date de fin de l'incapacité de travail mentionnée sur le certificat médical complété par l'institution compétente ou le médecin-traitant de votre lieu de séjour ou de résidence et sur base duquel votre incapacité de travail a été initialement reconnue.

2. le rapport de l'examen médical pratiqué à ma demande le
..... par l'institution compétente de votre lieu de séjour ou de résidence
..... par le médecin contrôleur de mon choix

3. les éléments médicaux en ma possession, desquels il ressort que la cessation de vos activités n'est pas ou n'est plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.

VOIR AU VERSO
REMARQUES IMPORTANTES

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.

REMARQUES IMPORTANTES

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

A la réception de cette décision, les possibilités suivantes s'offrent à vous :

1. Vous êtes d'accord avec la présente décision. Vous n'effectuez aucune démarche. Votre incapacité de travail ainsi que son indemnisation prendront fin à la date mentionnée au recto.
2. Vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision. Vous estimez que votre incapacité de travail se prolonge au-delà de la date de fin de reconnaissance indiquée dans la présente décision. Dans ce cas :

- a) Soit vous adressez au médecin-conseil de votre mutualité belge, un nouveau certificat médical d'incapacité. Ce dernier se prononcera sur la reconnaissance de cette nouvelle incapacité de travail et vous notifiera sa décision.

Nous attirons votre attention sur le fait que ce nouveau certificat devra être introduit **dans les 2 jours civils** (cachet de la poste faisant foi) qui suivent le début de cette nouvelle incapacité, sous peine d'encourir une sanction pour déclaration tardive de l'incapacité de travail.

- b) Soit vous introduisez un recours auprès du tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile en Belgique (voir adresses en annexe). Si vous n'avez plus de domicile en Belgique, le recours doit être introduit dans le ressort de votre dernier domicile belge. Si vous n'avez jamais eu de domicile en Belgique, le recours doit être introduit dans le ressort du lieu de votre dernière occupation en Belgique (adresse de votre dernier employeur)¹.

Le recours doit être introduit par requête écrite, datée et signée, déposée (contre accusé de réception) ou adressée par envoi recommandé, au greffe de cette juridiction, **endéans les trois mois de la présente notification.**

Si vous introduisez un recours contre la présente décision, vous devez vous inscrire comme demandeur d'emploi et introduire une demande d'allocations de chômage, afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale.

Vous pouvez comparaître en personne devant le tribunal du travail ou être représenté par un avocat, par un délégué d'une organisation représentative des travailleurs (organisation syndicale), porteur d'une procuration écrite ou par votre conjoint, parent ou allié porteur d'une procuration écrite et agréé spécialement par le juge (article 728 du Code judiciaire)

L'institution de sécurité sociale est toujours condamnée aux dépens, sauf en cas de demande téméraire et vexatoire (article 1017 du code judiciaire).

Vous pouvez à la fois envoyer un nouveau certificat médical d'incapacité à votre médecin-conseil et introduire un recours auprès du tribunal du travail. Les deux démarches sont possibles simultanément. **Néanmoins, si votre nouvelle incapacité de travail (prolongation) est reconnue, il n'est plus nécessaire d'introduire un recours devant le tribunal du travail.**

¹ article 628, 14° al. 2 et 3 du code judiciaire

Vu pour être annexé au règlement du 16 avril 1997.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
F. PERL.

Annexe 5 au règlement du 17 novembre 2010 modifiant le règlement du 16 avril 1997 portant exécution de l'article 80, 5°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994

Annexe VII-2bis

Identification de l'organisme assureur

O.R.			Mut.		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
(Article 27 du règlement (CE) n° 987/2009)

Exemplaire destiné au Service administratif de l'organisme assureur

RECOMMANDE

Ouvrier ⁽¹⁾

Homme ⁽¹⁾

Date de naissance

J		M		A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Employé

Femme

Mineur

Titulaire:

Nom:

Prénoms:

Adresse: rue n° Bte

Code postal Localité:.....

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national (2)

Reconnu(e) incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 à partir du (première date en cas de mutation)

J		M		A	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En cas de rechute, première date d'incapacité de travail

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Date de début de l'octroi des indemnités d'incapacité primaire (première date en cas de rechute ou de mutation)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Fin de l'octroi des indemnités d'incapacité primaire/d'invalidité (3)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Raison (1)	Reprise spontanée <input type="checkbox"/> (4)	Pension <input type="checkbox"/>
	Décès <input type="checkbox"/>	Invalidité <input type="checkbox"/>

Fin d'incapacité de travail mentionnée sur le certificat médical complété par l'institution compétente ou le médecin traitant du pays de séjour ou de résidence et sur base duquel l'incapacité de travail a été initialement reconnue

Fin d'incapacité de travail basée sur le rapport d'examen médical pratiqué à notre demande par l'institution compétente du pays de séjour ou de résidence ou par le médecin contrôleur de notre choix

Fin d'incapacité de travail basée sur les éléments médicaux en notre possession, desquels il ressort que la cessation des activités n'est pas ou n'est plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels

Autres raisons

Mutation: de Mut. à Mut. (2)

Pour réception, le titulaire: Le médecin-conseil:

Le: Le:

- (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) Biffer la mention inutile.
 (4) Dans ce cas, il appartient au service administratif de l'organisme assureur d'en informer le médecin-conseil au moyen du présent document.

Vu pour être annexé au règlement du 16 avril 1997.

Le Président,
I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire-dirigeant,
F. PERL.