

Art. 7. La convention prévoit les modalités particulières spécifiques en cas de dispense de traitements prophylactiques dont il est question dans le présent arrêté sur un autre site que le siège principal du Centre de référence VIH/SIDA qui a signé la convention visée à l'article 1^{er}.

Art. 8. La convention prévoit l'instauration d'un Comité d'accompagnement qui se compose :

- des médecins responsables des traitements; chaque Centre qui a conclu une convention peut déléguer maximum un médecin à ce Comité;
- des membres représentant la Commission de Remboursement des Médicaments;
- des membres représentant les organismes assureurs désignés par le Collège des médecins-directeurs;
- des membres des organisations de médecins représentées au Comité de l'assurance;
- de 2 médecins-fonctionnaires.

La convention définit les tâches spécifiques attribuées à ce Comité. En particulier, la convention charge ce Comité, entre autres, du développement et de la mise à jour des recommandations sur le traitement prophylactique et le suivi des patients, basées sur les dernières données scientifiques.

Ce Comité se réunit à la demande d'un de ces membres et après approbation par le Président désigné dans le cadre de la convention visée à l'article 1^{er}. Le Conseil général de l'Institut national maladie-invalidité et le Comité de l'assurance peuvent à tout moment faire convoquer le Comité d'accompagnement via une demande spécifique.

CHAPITRE VI. — *Autres dispositions*

Art. 9. Les dépenses liées aux paiements des arriérés (années 2013, 2014 et 3 premiers trimestres de 2015) sont à charge du budget 2015 de l'assurance soins de santé. Ce budget est prévu en grande partie dans le budget « article 56 » et en petite partie dans « l'objectif budgétaire ».

Art. 10. Le présent arrêté produit ses effets le 1^{er} janvier 2013.

Art. 11. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Ciergnon, le 26 décembre 2015.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
Mme M. DE BLOCK

Art. 7. De overeenkomst voorziet in specifieke, bijzondere voorwaarden voor het geval dat de profylactische behandelingen waarvan sprake is in dit besluit, op een andere site worden verstrekt dan de hoofdzetel van het hiv/aids-referentiecentrum dat de overeenkomst bedoeld in artikel 1, heeft ondertekend.

Art. 8. De overeenkomst voorziet in de oprichting van een Begeleidingscomité dat is samengesteld uit :

- artsen die verantwoordelijk zijn voor de behandelingen; elk centrum dat een overeenkomst heeft afgesloten kan maximum een arts afvaardigen naar het comité;
- leden die de Commissie Tegemoetkoming Geneesmiddelen vertegenwoordigen;
- leden die de verzekeringsinstellingen vertegenwoordigen en die zijn aangewezen door het College van geneesheren-directeurs;
- leden van de artsenorganisaties die in het Verzekeringscomité zijn vertegenwoordigd;
- 2 artsen-ambtenaren.

De overeenkomst definieert de specifieke taken die aan dit Comité worden toevertrouwd. Inzonderheid gelast de overeenkomst dit Comité onder meer met het ontwikkelen en actualiseren van aanbevelingen inzake profylactische behandeling en de opvolging van patiënten, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke evidentie.

Het Comité vergadert op verzoek van één van die leden en na goedkeuring door de Voorzitter aangeduid in het kader van de overeenkomst bedoeld in artikel 1. De Algemene Raad van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering en het Verzekeringscomité kunnen op elk moment het Begeleidingscomité samenroepen in het kader van een specifiek en welomschreven verzoek.

HOOFDSTUK VI. — *Overige bepalingen*

Art. 9. De uitgaven die verband houden met de betaling van de achterstallen (jaren 2013, 2014 en de eerste drie trimesters van 2015) zijn ten laste van de begroting 2015 van de verzekering voor geneeskundige verzorging. Dit budget wordt grotendeels voorzien in de begroting "artikel 56" en voor een klein deel in "de begrotingsdoelstelling."

Art. 10. Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2013.

Art. 11. De minister bevoegd voor Sociale zaken is belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Ciergnon, 26 december 2015.

FILIP

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid,
Mevr. M. DE BLOCK

SERVICE PUBLIC FEDERAL SECURITE SOCIALE

[C - 2015/22558]

18 NOVEMBRE 2015. — 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°;

Après en avoir délibéré au cours de ses séances du 18 mars 2015, du 29 avril 2015 et du 18 novembre 2015,

Arrête :

Article 1^{er}. Dans l'article 11 du 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, modifié par le règlement du 17 novembre 2010, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 4, les mots « annexe V » sont remplacés par les mots « annexe V-1 »;

FEDERALE OVERHEIDSDIENST SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2015/22558]

18 NOVEMBER 2015. — 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°;

Na erover beraadslaagd te hebben tijdens zijn zittingen van 18 maart 2015, 29 april 2015 en 18 november 2015,

Besluit :

Artikel 1. In artikel 11 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, gewijzigd bij de verordening van 17 november 2010, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, vierde lid, worden de woorden « bijlage V » vervangen door de woorden « bijlage V-1 »;

2° le paragraphe 2, alinéa 1^{er}, est remplacé comme suit :

« Si, au début 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 sociales et n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant ses modalités d'application, séjourne ou réside dans un Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen autre que la Belgique, ou en Suisse, et a déclaré son incapacité de travail, conformément aux dispositions de l'article 27 du Règlement (EU) n° 987/2009 précité, le médecin-conseil notifie sa décision au moyen d'une formule conforme au modèle repris sous les annexes V-1bis ou VIbis, suivant qu'il s'agit d'une décision de reconnaissance ou de non reconnaissance de l'état d'incapacité de travail, et cela aussi longtemps qu'il n'a pas de nouveau transféré sa résidence ou son lieu de séjour en Belgique. ».

Art. 2. A l'article 17 du même règlement, modifié par le règlement du 17 novembre 2010, les modifications suivantes sont apportées :

1° au paragraphe 1^{er}, alinéa 1^{er}, les mots « annexe VII » sont remplacés par les mots annexe VII-1 »;

2° le paragraphe 2 est remplacé par ce qui suit :

« § 2. Si le médecin conseil estime qu'un titulaire, qui réside ou séjourne dans un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen ou en Suisse, auquel s'applique les règlements (CE) n° 883/2004 du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociales et n° 987/2009 du 16 septembre 2009 fixant ses modalités d'application, ne peut plus être considéré, après réception d'un rapport de contrôle établi par le médecin traitant de l'Etat membre, incapable de travailler au sens de l'article 100, § 1^{er}, de la loi coordonnée, il notifie sa décision sans délai au titulaire, dans les conditions et selon les modalités fixées au § 1^{er}, alinéa 3, 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 d'un formulaire conforme au modèle repris sous l'annexe VII-2bis. ».

Art. 3. Dans le même règlement, l'article 18, remplacé par le règlement du 18 janvier 2006, est complété avec un alinéa, rédigé comme suit :

« L'alinéa 1^{er} et l'alinéa 5 ne sont pas d'application si le titulaire reprend le travail ou le chômage contrôlé après la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par le médecin-conseil de l'organisme assureur, le médecin inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou le Conseil médical de l'invalidité. ».

Art. 4. Dans l'article 33 du même règlement, modifié par le règlement du 16 novembre 2011, le paragraphe 4 est abrogé.

Art. 5. Dans le même règlement, l'annexe I, l'annexe V-1, remplacée par les règlements du 19 septembre 2012 et 9 juillet 2015, l'annexe V-1bis, insérée par le règlement du 17 novembre 2010 et remplacée par le règlement du 19 septembre 2012, l'annexe V-2, l'annexe V-2bis, insérée par le règlement du 17 novembre 2010, l'annexe VII-1bis, insérée par le règlement du 17 novembre 2010, l'annexe VII-2bis, insérée par le règlement du 17 novembre 2010 et l'annexe VIII, remplacée par les règlements du 18 janvier 2006 et du 19 septembre 2012, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Art. 6. Les articles 1, 2, 3 et 5 du présent règlement entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

L'article 4 du présent règlement produit ses effets le 1^{er} juillet 2015 et s'applique aux risques qui sont survenus à partir de cette date.

Le Président,

I. VAN DAMME

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PERL

2° paragraaf 2, eerste lid, wordt vervangen als volgt :

« 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 niet in België, maar in een andere lidstaat van de Europese Unie of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland 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, en dit zolang hij zijn verblijf- of woonplaats niet opnieuw naar België heeft overgebracht. ».

Art. 2. In artikel 17 van dezelfde verordening, gewijzigd bij de verordening van 17 november 2010, worden de volgende wijzigingen aangebracht :

1° in paragraaf 1, eerste lid, worden de woorden « bijlage VII » vervangen door de woorden « bijlage VII-1 »;

2° paragraaf 2 wordt vervangen als volgt :

« § 2. Indien de adviserend geneesheer oordeelt dat een gerechtigde, die in een andere lidstaat van de Europese Unie of van de Europese Economische Ruimte of in Zwitserland verblijft of woont en 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, na ontvangst van een medisch controlerapport opgesteld door de controlearts van die lidstaat, niet langer als arbeidsongeschikt in de zin van artikel 100, § 1, van de gecoördineerde wet kan worden beschouwd, brengt hij onverwijld zijn beslissing ter kennis van de gerechtigde onder de voorwaarden en volgens de modaliteiten bepaald in § 1, derde lid, 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 artikel 18, vervangen bij de verordening van 18 januari 2006, aangevuld met een lid, luidende :

« Het eerste lid en het vijfde lid zijn niet van toepassing als de gerechtigde het werk of de gecontroleerde werkloosheid hervat na de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die ter kennis is gebracht door de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling, de geneesheer-inspecteur van de Dienst voor geneeskundige evaluatie en controle of de Geneeskundige raad voor invaliditeit. ».

Art. 4. In artikel 33 van dezelfde verordening, gewijzigd bij de verordening van 16 november 2011, wordt paragraaf 4 opgeheven.

Art. 5. In dezelfde verordening worden de bijlage I, de bijlage V-1, vervangen bij de verordeningen van 19 september 2012 en 9 juli 2015, de bijlage V-1bis, ingevoegd bij de verordening van 17 november 2010 en vervangen bij de verordening van 19 september 2012, de bijlage V-2, de bijlage V-2bis, ingevoegd bij de verordening van 17 november 2010, de bijlage VII-1bis, ingevoegd bij de verordening van 17 november 2010, de bijlage VII-2bis, ingevoegd bij de verordening van 17 november 2010 en de bijlage VIII, vervangen bij de verordeningen van 18 januari 2006 en 19 september 2012, vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

Art. 6. De artikelen 1, 2, 3 en 5 van deze verordening treden in werking op 1 januari 2016.

Artikel 4 van deze verordening heeft uitwerking met ingang van 1 juli 2015 en is van toepassing op de risico's die vanaf deze datum hebben plaatsgevonden.

De Voorzitter,

I. VAN DAMME

De Leidend ambtenaar,

F. PERL

**CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL SALARIE
CONFIDENTIEL**



A remplir par l'assuré social

Nom et prénom

Numéro d'identification du Registre national : - -

Adresse de résidence (si pas identique à l'adresse officielle):

L'assuré social doit communiquer à la mutualité toutes modifications concernant sa résidence dans les deux jours calendrier de ces changements

Ce certificat concerne: le début de cette incapacité
 une prolongation de cette incapacité

Situation professionnelle au moment du début de l'incapacité de travail:

Ouvrier(è)r(e) Employé(e) Chômeur

Profession (actuelle):

.....

Etes-vous indépendant(e) à titre complémentaire? NON OUI

L'incapacité est en lien avec : un accident une maladie professionnelle une autre maladie

La loi sur la protection de la vie privée (08/12/1992) accorde aux personnes que ces informations concernent un droit d'accès et de rectification. Tout renseignement complémentaire concernant le traitement de ces informations peut être obtenu auprès de la commission de la protection de la vie privée.

SECRET MEDICAL: à remplir par le médecin

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du au (inclus)

Diagnostic ou symptomatologie, et/ou des troubles fonctionnels :

.....

Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées. L'ensemble de ces données permet une meilleure évaluation de l'incapacité de travail et de convoquer la personne de façon appropriée.

Codage facultatif du diagnostic principal : ICPC-2 ou ICD-10

L'intéressé(e) est ou sera **hospitalisé(e)** à partir du

En cas de **grossesse**, date présumée de l'accouchement:

Communication avec le médecin-conseil: le médecin-conseil peut me contacter au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel suivante:

Par ailleurs les communications médicales confidentielles se feront par des applications sécurisées.

Identifications du médecin avec numéro INAMI

Date et signature du médecin

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

Au Médecin-Conseil

Pour votre prochaine incapacité de travail, à renvoyer obligatoirement à votre mutuelle dans les 48 HEURES du début de l'incapacité.

certificat d'incapacité de travail

Expéditeur :

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe V-1

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R.

Mut.

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

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 de registre national (2)

Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil: (1)

Rubrique 1

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin, (*biffer la mention inutile)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

pour la période du/...../..... au/...../......

Rubrique 2

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin, (*biffer la mention inutile)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

à partir du/...../......

et

je vous prie de vous présenter à ma consultation: le/...../....., à(heure), à(adresse), en vue de pouvoir déterminer votre période d'incapacité de travail.

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.

Rubrique 3

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin, j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, **à partir du**/...../.....

Je vous informe également qu'à partir du/...../....., vous atteindrez une année d'incapacité de travail. Il reviendra alors au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI de se prononcer sur la reconnaissance de votre état d'invalidité à partir de cette date.

Rubrique 4

A la suite de votre déclaration d'accident du travail reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin, j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, **à partir du**/...../.....

VOIR REMARQUES IMPORTANTES
Page 3

Le
(Signature du médecin-conseil)

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

REMARQUES IMPORTANTES

1. Si vous n'êtes pas capable de reprendre le travail après la date de fin de reconnaissance de votre incapacité de travail (prolongation de votre incapacité de travail), vous devez adresser un nouveau certificat au médecin-conseil de votre mutualité dans les deux jours calendrier après cette date de fin.

2. 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 êtes convoqué(e) par la présente, 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 calendrier à compter de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-conseil.

Par ailleurs, en cas d'absence prolongée (ou de refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), le médecin-conseil peut décider de mettre fin à la reconnaissance de votre incapacité de travail.

3. 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* au médecin-conseil et vous devez déclarer cette reprise d'activité à votre mutualité au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise d'activité (au moyen d'un formulaire spécifique disponible auprès de votre mutualité). A défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail (calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel) pourront être diminuées de 10 p.c. ou même vous être refusées.

4. Si vous avez mis fin à votre incapacité de travail pour 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 l'organisme de paiement des allocations de chômage.

5. Vous êtes tenu(e) de communiquer immédiatement au médecin-conseil tout changement d'adresse.

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe V-1bis

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R.

Mut.

RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
PAR LE MEDECIN-CONSEIL
(art. 27 Règlement 987/2009)

Ouvrier (1)
 Employé
 Ouvrier mineur

Homme (1)
 Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom: Prénoms:

Rue: n° Bte

Code postal : Localité: Pays :

Numéro d'inscription (O.A.) (2)Numéro de registre national (2)Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil : (1)

Rubrique 1

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le/...../....., et des données fournies par

- Le médecin traitant de votre état de résidence ou de séjour (art. 27, §1 du Règlement 987/2009)
 Le médecin contrôleur de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour (art. 27, §3 et §5 du Règlement 987/2009)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

pour la période du/...../..... au/...../......

Rubrique 2

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue/...../....., et des données fournies par

- Le médecin traitant de votre état de résidence ou de séjour (art. 27 §1 Règlement 987/2009)
 Le médecin contrôleur de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour (art. 27 §3 Règlement 987/2009)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

à partir du/...../......

et

j'estime qu'un examen de contrôle est nécessaire en vue de pouvoir déterminer votre période d'incapacité de travail.

Pour cette raison, j'ai demandé à l'institution de votre Etat de résidence ou de séjour d'organiser un examen de contrôle (art. 27 du Rêgl. 987/2009) : (nom de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour).

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.

Rubrique 3

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le, et des données fournies par

Le médecin traitant de votre Etat de résidence ou de séjour (art. 27, §1 du Règlement 987/2009)

Le médecin contrôleur de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour (art. 27, §3 et §5 Règlement 987/2009)

j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
à partir du

Je vous informe également qu'à partir du, vous atteindrez une année d'incapacité de travail. Il reviendra alors au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI de se prononcer sur la reconnaissance de votre état d'invalidité à partir de cette date.

Rubrique 4

A la suite de votre déclaration d'accident du travail reçue le, et des données fournies par votre médecin,

j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

à partir du

VOIR REMARQUES IMPORTANTES
Page 3

Le
(Signature du médecin-conseil)

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

REMARQUES IMPORTANTES

1. Si vous n'êtes pas capable de reprendre le travail après la date de fin de reconnaissance de votre incapacité de travail (prolongation de votre incapacité de travail), vous devez adresser un nouveau certificat d'incapacité au médecin-conseil de votre mutualité dans les deux jours calendrier après cette date de fin.

Si les médecins de votre état de résidence ou de séjour ne sont pas légalement habilités à émettre des certificats d'incapacité de travail, c'est l'institution de cet état qui organisera le suivi et contrôle de votre incapacité de travail.

Il peut arriver qu'il vous soit plus simple d'être convoqué pour des contrôles médicaux directement en Belgique chez le médecin-conseil de votre mutualité (par exemple quand vous habitez tout près de la frontière belge). Attestez alors cette volonté par écrit et envoyez au médecin-conseil belge.

2. 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 êtes convoqué(e) par la présente, 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 calendrier à compter de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-conseil.

Par ailleurs, en cas d'absence prolongée (ou de refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), le médecin-conseil peut décider de mettre fin à la reconnaissance de votre incapacité de travail.

3. 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* au médecin-conseil de votre organisme assureur et vous devez déclarer cette reprise d'activité à votre mutualité au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise d'activité (au moyen d'un formulaire spécifique disponible auprès de votre mutualité). A défaut de déclarer cette reprise d'activité dans le délai requis, vos indemnités d'incapacité de travail (calculées en application de la règle de cumul des indemnités avec un revenu professionnel) pourront être diminuées de 10 p.c. ou même vous être refusées.

4. 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 l'organisme de paiement des allocations de chômage.

5. Vous êtes tenu(e) de communiquer immédiatement au médecin-conseil tout changement d'adresse.

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe V-2

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R. Mut.

RECONNAISSANCE DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL PAR LE MEDECIN-CONSEIL (exemplaire destiné au Service administratif de l'organisme assureur)

Ouvrier (1) Homme (1) Date de naissance J M A

Employé Femme

Ouvrier mineur

Titulaire:
Nom:
Prénoms:

Adresse: rue, n° Bte

Code postal: Localité:

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national: (2)

Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil: (1)

Rubrique 1

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le, et des données fournies par votre médecin, (*biffer la mention inutile)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
pour la période du au

Rubrique 2

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le, et des données fournies par votre médecin, (*biffer la mention inutile)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
à partir du

et

je vous prie de vous présenter à ma consultation: le, à heure, lieu, en vue de pouvoir déterminer votre période d'incapacité de travail.

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

Rubrique 3

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin,

j'estime que vous êtes **incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
à partir du/...../.....

Je vous informe également qu'à partir du/...../....., vous atteindrez une année d'incapacité de travail. Il reviendra alors au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI de se prononcer sur la reconnaissance de votre état d'invalidité à partir de cette date.

Rubrique 4

A la suite de votre déclaration d'accident du travail reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin,

j'estime que vous êtes **incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
à partir du/...../.....

Hospitalisé(e) depuis le

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

Code incapacité: (1)

Maladie
Accident

Accident du travail

Présomption de maladie profess.
Domage 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 doit être porté dans la dernière case de droite.

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe V-2bis

IDENTIFICATION
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R.

Mut.

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

(exemplaire pour le service administratif de l'organisme assureur)

- Ouvrier (1)
Employé
Mineur

- Homme (1)
Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom:

Prénoms:

Rue: n° Bte

Code postal : Localité: Pays :

Numéro d'inscription (O.A.) (2)

Numéro de registre national (2)

Décision de reconnaissance de l'incapacité de travail par le médecin-conseil : (1)

Rubrique 1

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue le/...../..... et des données fournies par

- Le médecin traitant de votre Etat de résidence ou de séjour (art. 27 §1 Règlement 987/2009)
- Le médecin contrôleur de l'institution de l'état de résidence ou de séjour (art. 27 §3 et §5 Règlement 987/2009)

j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

pour la période du/...../..... au/...../.....

Rubrique 2

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail/d'accident du travail* reçue/...../..... et des données fournies par

- Le médecin traitant de votre état de résidence ou de séjour (art. 27 §1 Règlement 987/2009)
- Le médecin contrôleur de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour (art. 27 §3 Règlement 987/2009)

j'estime que **vous êtes incapable de travailler** au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

à partir du/...../.....

Et

J'estime qu'un examen de contrôle est nécessaire en vue de pouvoir déterminer votre période d'incapacité de travail.

Pour cette raison, j'ai demandé à l'institution de votre Etat de résidence ou de séjour d'organiser un examen de contrôle (art. 27 Régl. 987/2009) : (nom de l'institution de l'état de séjour ou de résidence).

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.

Rubrique 3

A la suite de votre déclaration d'incapacité de travail reçue le/...../....., et des données fournies par

Le médecin traitant de votre état de résidence ou de séjour (art. 27 §1 Règlement 987/2009)

Le médecin contrôleur de l'institution de l'Etat de résidence ou de séjour (art. 27 §3 et §5 Règlement 987/2009)

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,
à partir du/...../.....

Je vous informe également qu'à partir du/...../....., vous atteindrez une année d'incapacité de travail. Il reviendra alors au Conseil médical de l'invalidité de l'INAMI de se prononcer sur la reconnaissance de votre état d'invalidité à partir de cette date.

Rubrique 4

A la suite de votre déclaration d'accident du travail reçue le/...../....., et des données fournies par votre médecin,

j'estime que vous êtes incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994,

à partir du/...../.....

Hospitalisé(e) depuis le :

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

Code incapacité: (1)

Maladie

Présomption de maladie professionnelle

Accident

Accident du travail

Domage 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 doit être porté dans la dernière case de droite.

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe VII-1 bis

Identification de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
 (Articles 27, 49 en 87 Règlement (EG) nr. 987/2009)

RECOMMANDE

Ouvrier (1)
 Employé
 Mineur

Homme (1)
 Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom:

Prénom:

Rue: nr. Bte ...

Code Postal: Localité: Pays:

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

Cette décision est basée sur (1):

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

2. le rapport de l'examen de contrôle fait sur ma demande le (1)

par l'institution de l'état de résidence ou de séjour

par le médecin contrôleur de mon choix

Il en ressort que les lésions et troubles fonctionnels que vous présentez (1)

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. 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994:

n'entraînent plus la réduction de votre capacité d'au moins 50 p.c. sur le plan médical, exigée dans le cas de reprise d'une activité avec l'autorisation préalable du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).

3. les données en ma possession, desquels il ressort que vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100 §1 Loi coordonnée 14 juillet 1994)

4. votre absence prolongée (ou refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e). Ainsi, il m'est impossible de vérifier si vous remplissez les conditions pour pouvoir être reconnu(e) incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée le 14 juillet 1994

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 rendre connaissance.

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, 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 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 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe VII-2bis

Identification de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
 (Article 27, 49 et 87 du Règlement (CE) n° 987/2009)
 Exemple destiné au Service administratif de l'organisme assureur

RECOMMANDE

(1)
 Ouvrier
 Employé
 Mineur

(1)
 Homme
 Femme

Date de naissance J M A

Titulaire:

Nom:
 Prénoms:

Rue: N° : Bte

Code Postal : Localité : Pays :

Numéro d'inscription (O.A.): (2)

Numéro du registre national: (2)

Reconnue 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

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

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

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

Raison: (1) Reprise spontanée (4) Pension
 Décès Invalide

Fin d'incapacité de travail basée sur le rapport d'examen médical pratiqué à notre demande par l'institution 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 :

Date: Date:

- (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 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

Annexe VIII

ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU DU CHOMAGE

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité dans les huit jours qui suivent la fin de la période de protection de la maternité, du repos de maternité converti ou du congé d'adoption.

A remettre ou à renvoyer à votre mutualité dans les huit jours qui suivent la fin de l'incapacité de travail, si vous reprenez le travail ou le chômage contrôlé AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail, notifiée par votre mutualité ou l'INAMI.

A remplir par le titulaire ou par l'organisme assureur

Concerne:

Nom – Prénom :

Numéro du registre national :

(ou numéro d'identification à la sécurité sociale)

A remplir par l'employeur ou l'organisme de paiement des allocations de chômage

Je soussigné déclare que l'intéressé(e) a cessé le travail - chômage (1) le[par suite de maladie – de protection de la maternité – de repos de maternité converti – de congé d'adoption (1)] et a repris (1) celui-ci le

(1) Biffer la mention inutile

Certifié sincère,

Date:

Signature :

Identification de l'employeur ou de l'organisme de paiement des allocations de chômage :

Numéro d'entreprise :

REMARQUES IMPORTANTES

1. Vous devez compléter ce formulaire en cas de reprise du travail ou du chômage. **En cas d'incapacité de travail, c'est seulement nécessaire en cas de reprise AVANT la date de fin de la période d'incapacité de travail notifiée par votre mutualité ou l'INAMI.** Cette déclaration doit permettre à votre mutualité de cesser le paiement des indemnités.

2. Vous ne devez pas compléter ce formulaire si vous souhaitez reprendre une activité compatible avec votre état de santé dans le courant de votre incapacité de travail tout en maintenant le bénéfice de vos indemnités. Dans cette situation, vous devez compléter un autre formulaire qui est disponible auprès de votre mutualité.

Vu pour être annexé au règlement du 18 novembre 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

**GETUIGSCHRIFT ARBEIDSONGESCHIKTHEID LOONTREKKENDE
VERTROUWELIJK**

KLEEFVIGNET

In te vullen door de sociaal-verzekerde

Naam en voornaam

Identificatienummer van het rijksregister: - -

Verblijfadres (indien niet identiek aan het officieel adres):

De sociaal-verzekerde moet aan zijn verzekeringsinstelling binnen de 2 kalenderdagen alle wijzigingen van zijn verblijfadres meedelen.

Dit getuigschrift betreft: begin van deze arbeidsongeschiktheid
 verlenging van deze arbeidsongeschiktheid

Beroepsituatie op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid:

Arbeider Bediende Werkloos

Beroep (huidig):

.....
.....

Bent U zelfstandige in bijberoep? : NEEN JA

De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van : een ongeval een beroepsziekte een andere ziekte

De wet tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer (8/12/1992) verleent de personen op wie die informatie betrekking heeft, een recht op toegang en op verbetering. Bijkomende informatie over de verwerking van die informatie kan bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer worden verkregen.

MEDISCH GEHEIM: in te vullen door de arts

Ik ondergetekende, arts, verklaar op basis van mijn klinisch onderzoek en de medische bevindingen, waarover ik nu beschik, vast te hebben gesteld dat betrokken persoon arbeidsongeschikt is

van tot en met

Diagnose of symptomatologie, en/ of functionele stoornissen

.....
.....

Professionele en sociale moeilijkheden kunnen eveneens vermeld worden. Het geheel van deze bevindingen laten een betere evaluatie van de arbeidsongeschiktheid toe. Zo kan men de oproepingen gericht inplannen.

Facultatieve codering van de hoofddiagnose : ICPC-2 of ICD-10

De betrokkene is of zal worden **gehospitaliseerd** vanaf

In geval van **zwangerschap**, vermoedelijke bevallingsdatum:

Communicatie met de adviserend geneesheer: de adviserend geneesheer kan mij telefonisch of op volgend mailadres bereiken:

De overdracht van medisch vertrouwelijke gegevens zal steeds via beveiligde applicaties gebeuren .

Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV

Datum en handtekening arts

VERTROUWELIJK

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Aan de Adviserend Geneesheer

**DIT GETUIGSCHRIFT GEBRUIKT U BIJ UW VOLGENDE
ARBEIDSONGESCHIKTHEID EN MOET DAN BINNEN DE 48
UUR VIA DE POST TERUGGESTUURD WORDEN AAN UW
ZIEKENFONDS**

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID - BESTEMD VOOR DE ADVISEREND GENEESHEER

Afzender :

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage V-1

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Gew.
dienst

Ziekenf.

**ERKENNING VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID DOOR DE
ADVISEREND GENEESHEER**

Arbeider (1)
Bediende
Mijnwerker

Man (1)
Vrouw

Geboortedatum D M J

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr.: Bus:

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.) (2)

Rijksregisternummer: (2)

Beslissing tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer: (1)

Rubriek 1

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts, (*schrappen wat niet past)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

voor de periode van/...../..... tot en met/...../.....

Rubriek 2

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts, (*schrappen wat niet past)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

en

verzoek ik u **zich aan te melden in mijn spreekkamer** : op/...../....., om (uur), te..... (adres) om de periode van uw arbeidsongeschiktheid te kunnen bepalen.

Indien u zich niet kan verplaatsen, moet u mij daarvan vervittigen vóór de hierboven vastgestelde datum.

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

Rubriek 3

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,
ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
vanaf/...../.....

Ik deel u evenzeer mee dat u vanaf/...../..... een jaar arbeidsongeschikt bent. Vanaf deze datum komt het aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV toe om zich uit te spreken over de erkenning van de staat van uw invaliditeit.

Rubriek 4

Ingevolge uw aangifte van een arbeidsongeval ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,
ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
vanaf/...../.....

ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
Pagina 3

Datum
(Handtekening van de adviserend geneesheer)

- (1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
(2) Het laatste cijfer van het nummer moet telkens in het laatste vakje komen.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. Als u nog niet in staat bent om het werk te hervatten na de einddatum van de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid (verlenging van uw arbeidsongeschiktheid), dient u een nieuw getuigschrift binnen twee kalenderdagen na deze einddatum aan de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds te bezorgen.

2. Als u zich niet aanmeldt voor het onderzoek waarvoor u met dit formulier 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 onzachte, 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 hebt opgegeven, aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis hebt gegeven van de redenen die u hebben belet gevolg te geven aan de oproeping van de adviserend geneesheer.

Bovendien kan bij aanhoudende afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u bent opgeroepen geweest (of bij weigering u hieraan te onderwerpen), de adviserend geneesheer beslissen een einde te stellen aan de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid.

3. Wenst u een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit te hervatten en daarbij uitkeringen blijven genieten, dan moet u daartoe toestemming vragen aan de adviserend geneesheer en moet u deze arbeidshervatting uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk eraan voorafgaat, bij uw ziekenfonds aangeven (via een specifiek formulier dat bij uw ziekenfonds beschikbaar is). Indien u de werkhervatting niet binnen de vastgestelde termijn aangeeft, dan kunnen uw arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (die worden berekend met toepassing van de regel betreffende de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen) met 10 % worden verminderd of u zelfs worden geweigerd.

4. Als u aan uw arbeidsongeschiktheid een einde hebt 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 u dan wel uw ziekenfonds hiervan te verwittigen door toezending van een bewijs van arbeidshervatting of hervatting van de gecontroleerde werkloosheid, dat naar behoren door uw werkgever of door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.

5. U moet de adviserend geneesheer elke adresverandering onmiddellijk meedelen.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage V-1bis

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

		Gew. dienst		Zf.	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Identificatie van de verzekeringsinstelling					
Arbeider	(1)				
	<input type="checkbox"/>				
Bediende		Man	(1)		
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Mijnwerker		Vrouw			
	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
Geboortedatum					
		D	M	J	
		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Straat: nr. Bus ...

Postnummer: Gemeente: Land:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Beslissing tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer: (1)

Rubriek 1

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op/...../..... en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
- de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 en §5 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

voor de periode van/...../..... tot en met/...../.....

Rubriek 2

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op/...../..... en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
- de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

en

ik ben van oordeel dat een medisch controleonderzoek nodig is om de periode van uw arbeidsongeschiktheid te kunnen bepalen.

Ik heb daarom aan het orgaan van uw lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf gevraagd om een medische controle te laten uitvoeren (art. 27 Verordening (EG) 987/2009): (naam van het orgaan van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf)

Indien u zich niet kan verplaatsen, brengt u ons en de instelling van uw woon- of verblijfplaats op de hoogte.

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

Rubriek 3

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op/...../..... en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
 de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 en §5 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

Ik deel u evenzeer mee dat u vanaf/...../..... een jaar arbeidsongeschikt bent. Vanaf deze datum komt het toe aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV om zich uit te spreken over de erkenning van de staat van uw invaliditeit.

Rubriek 4

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeval ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN
Pagina 3

Datum
(Handtekening van de adviserend geneesheer)

- (1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
(2) Het laatste cijfer van het nummer moet telkens in het laatste vakje komen.

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. Als u nog niet in staat bent om het werk te hervatten na de einddatum van de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid (verlenging van uw arbeidsongeschiktheid), dient u een nieuw getuigschrift binnen twee kalenderdagen na deze einddatum aan de adviserend geneesheer van uw ziekenfonds te bezorgen.

Indien u woont of verblijft in een lidstaat waar behandelend geneesheren geen getuigschriften van arbeidsongeschiktheid mogen opmaken, wordt uw arbeidsongeschiktheid verder opgevolgd en gecontroleerd via de instelling van die lidstaat.

Het kan zijn dat het voor u eenvoudiger is om voor controleonderzoeken rechtstreeks naar België te komen (bijvoorbeeld omdat u dicht bij de Belgische grens woont). Verklaar dit dan schriftelijk en bezorg dit aan de adviserend geneesheer van uw Belgische verzekeringsinstelling.

2. Als u zich niet aanmeldt voor het onderzoek waarvoor u met dit formulier 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 onzentege, 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 hebt opgegeven, aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis hebt gegeven van de redenen die u hebben belet gevolg te geven aan de oproeping van de adviserend geneesheer.

Bovendien kan bij aanhoudende afwezigheid zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u bent opgeroepen geweest (of bij weigering u hieraan te onderwerpen), de adviserend geneesheer beslissen een einde te stellen aan de erkenning van uw arbeidsongeschiktheid.

3. Wenst u een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit te hervatten en daarbij uitkeringen blijven genieten, dan moet u daartoe toestemming vragen aan de adviserend geneesheer van uw verzekeringsinstelling en moet u deze arbeidshervatting uiterlijk op de eerste werkdag die onmiddellijk eraan voorafgaat, bij uw ziekenfonds aangeven (via een specifiek formulier dat bij uw ziekenfonds beschikbaar is). Indien u de werkhervatting niet binnen de vastgestelde termijn aangeeft, dan kunnen uw arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (die worden berekend met toepassing van de regel betreffende de cumulatie van uitkeringen met een beroepsinkomen) met 10 % worden verminderd of u zelfs worden geweigerd.

4. Als u aan uw arbeidsongeschiktheid een einde hebt 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 u dan wel uw ziekenfonds hiervan te verwittigen door toezending van een bewijs van arbeidshervatting of hervatting van de gecontroleerde werkloosheid, dat naar behoren door uw werkgever of door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.

5. U moet de adviserend geneesheer elke adresverandering onmiddellijk medelen.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage V-2

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Gew.
dienst

Ziekenf.

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

	(1)	(1)		
Arbeider	<input type="checkbox"/>		Man	<input type="checkbox"/>
Bediende	<input type="checkbox"/>		Vrouw	<input type="checkbox"/>
Mijnwerker	<input type="checkbox"/>			

Geboortedatum D M J

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Beslissing tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer: (1)

Rubriek 1

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op en de gegevens bezorgd door uw arts, (*schrappen wat niet past)

ben ik van mening dat u arbeidsongeschikt bent in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
voor de periode van tot en met

Rubriek 2

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op en de gegevens bezorgd door uw arts, (*schrappen wat niet past)

ben ik van mening dat u arbeidsongeschikt bent in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
vanaf

en

verzoek ik u zich aan te melden in mijn spreekkamer : op om (uur), te (adres) om de periode van uw arbeidsongeschiktheid te kunnen bepalen.

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

Rubriek 3

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,
ben ik van mening dat u arbeidsongeschikt bent in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
vanaf/...../.....

Ik deel u evenzeer mee dat u vanaf/...../..... een jaar arbeidsongeschikt bent. Vanaf deze datum komt het aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV toe om zich uit te spreken over de erkenning van de staat van uw invaliditeit.

Rubriek 4

Ingevolge uw aangifte van een arbeidsongeval ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,
ben ik van mening dat u arbeidsongeschikt bent in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,
vanaf/...../.....

Ter verpleging opgenomen sedert

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

Codering ongeschiktheid: (1)

Ziekte Vermoedelijke beroepsziekte
Ongeval Arbeidsongeval Door derden veroorzaakte schade

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 moet telkens in het laatste vakje rechts komen.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

IDENTIFICERING
VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Bijlage V-2bis

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

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

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

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: straat, nr. bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Rijksregisternummer: (2)

Beslissing tot erkenning van de arbeidsongeschiktheid door de adviserend geneesheer: (1)

Rubriek 1

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
- de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 en §5 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

voor de periode van tot en met

Rubriek 2

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid/van een arbeidsongeval* ontvangen op en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
- de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf

Ik ben van oordeel dat een medisch controleonderzoek nodig is om de periode van uw arbeidsongeschiktheid te kunnen bepalen.

Ik heb daarom aan het orgaan van uw lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf gevraagd om een medische controle te laten uitvoeren (art. 27 Verordening (EG) 987/2009): (naam van het orgaan van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf)

Indien u zich niet kan verplaatsen, brengt u ons en de instelling van uw woon of verblijfplaats op de hoogte.

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

Rubriek 3

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op/...../..... en de gegevens aangeleverd door

- de behandelend arts van de lidstaat van woonplaats of tijdelijk verblijf (art. 27 §1 Verordening 987/2009)
 de controlegeneesheer van de instelling van deze staat (art. 27 §3 en §5 Verordening 987/2009)

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

Ik deel u evenzeer mee dat u vanaf/...../..... een jaar arbeidsongeschikt bent. Vanaf deze datum komt het toe aan de Geneeskundige raad voor invaliditeit van het RIZIV om zich uit te spreken over de erkenning van de staat van uw invaliditeit.

Rubriek 4

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeval ontvangen op/...../..... en de gegevens bezorgd door uw arts,

ben ik van mening dat u **arbeidsongeschikt bent** in de zin van artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994,

vanaf/...../.....

Gehospitaliseerd sinds:

Codering ongeschiktheid: (1)

Ziekte Vermoedelijke beroepsziekte
 Ongeval Arbeidsongeval Door derden veroorzaakte schade

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.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage VII-1bis

Identificatie van de verzekeringsinstelling

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

EINDE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID
(Artikel 27, 49 en 87 Verordening (EG) nr. 987/2009)

AANGETEKEND

(1)

Arbeider

Bediende

Mijnwerker

(1)

Man

Vrouw

Geboortedatum

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

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Straat: nr. Bus ...

Postnummer: Gemeente: Land:

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
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Deze beslissing is gebaseerd op (1):

1. 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
2. het verslag van het medisch controleonderzoek verricht op mijn verzoek op (1)
 - door het orgaan van uw verblijf- of woonplaats
 - door de geneesheer-controleur van mijn keuze

Hieruit blijkt dat de letsels of functionele stoornissen die u vertoont (1)

 - niet langer een vermindering van 2/3 van uw vermogen tot verdienen met zich meebrengen in de beroepencategorie waartoe u behoort of in de verschillende referentieberoepen zoals gesteld in artikel 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994:
 - brengen niet langer een vermindering van uw vermogen van ten minste 50 pct. op medisch vlak met zich mee, die vereist is in het geval van een werkhervatting met de toestemming van de adviserend geneesheer (art. 100, § 2 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)
3. de in mijn bezit zijnde gegevens waaruit blijkt dat u niet alle werkzaamheden onderbroken heeft (art. 100 §1 Gec. Wet 14 juli 1994)
4. gezien uw aanhoudende afwezigheid (of de weigering u hieraan te onderwerpen) zonder geldige rechtvaardiging op het medisch onderzoek waarvoor u op mijn verzoek werd opgeroepen door het orgaan van uw woon of verblijfsstaat, is het me niet meer mogelijk om na te gaan of u voldoet aan de voorwaarden om arbeidsongeschikt te worden erkend als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994.

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, bent u eventueel van mening dat uw dat uw arbeidsongeschiktheid voortduurt na de datum van einde van de erkenning zoals vermeld op deze beslissing.

In dat geval 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 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 handelingen kunnen worden gecombineerd. **Indien echter uw nieuwe arbeidsongeschiktheid (verlenging) wordt erkend, is het niet nodig om beroep bij de arbeidsrechtbank in te stellen.**

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

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage VII-2bis

Identificatie van de verzekeringsinstelling

Gew. dienst

Zf.

EINDE VAN DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID
 (Artikel 27, 49 en 87 van de verordening (EG) nr. 987/2009)
 Exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling

AANGETEKENDArbeider (1)Bediende Mijnwerker Man (1)Vrouw

Geboortedatum

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)

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 Overlijden (4) Pensionering Invaliditeit 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 een geneesheer-controleur van onze keuze Einde van arbeidsongeschiktheid gebaseerd op de in ons bezit zijnde medische gegevens waaruit blijkt dat de
stopzetting van de 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 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL

Bijlage VIII***BEWIJS VAN ARBEIDSHERVATTING OF VAN WERKLOOSHEID***

Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds binnen acht dagen na het einde van het tijdvak van moederschapsbescherming, omgezet moederschapsverlof of adoptieverlof

Af te geven of terug te zenden aan uw ziekenfonds binnen acht dagen na het einde van de arbeidsongeschiktheid als u het werk of de gecontroleerde werkloosheid hervat **VOOR** de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die door uw ziekenfonds of het RIZIV ter kennis is gebracht

In te vullen door de gerechtigde of door de verzekeringsinstelling

Betreft:

Naam - Voornaam :

Rijksregisternummer :

(inschrijvingsnummer in de sociale zekerheid)

In te vullen door de werkgever of de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen

Ik, ondergetekende, verklaar dat betrokkene wegens ziekte – moederschapsbescherming – omgezet moederschapsverlof – adoptieverlof (1) de arbeid – de werkloosheid (1) heeft onderbroken op en deze hervat heeft op

(1) Het onnodige schrappen.

Voor echt verklaard,

Datum:

Handtekening:

Identificatie van de werkgever of van de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen:

Ondernemingsnummer:

BELANGRIJKE OPMERKINGEN

1. U moet dit formulier laten invullen in geval van hervatting van de arbeid of van de werkloosheid. **Bij *arbeidsongeschiktheid* is dit wel enkel noodzakelijk bij een hervatting VOOR de einddatum van de periode van arbeidsongeschiktheid die door uw ziekenfonds of het RIZIV ter kennis is gebracht.** Op grond van deze aangifte kan uw ziekenfonds de betaling van uw uitkeringen stopzetten.

2. U moet dit formulier niet invullen indien u tijdens uw arbeidsongeschiktheid een met uw gezondheidstoestand verenigbare activiteit, met behoud van uitkeringen, wenst te hervatten. In dat geval moet u een ander formulier invullen dat bij uw ziekenfonds beschikbaar is.

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 18 november 2015,

De Voorzitter,

De Leidend ambtenaar,

I. VAN DAMME

F. PERL