

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C - 2013/22227]

19 SEPTEMBRE 2012. — 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, notamment l'article 80, 5°;

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 19 septembre 2012,

Arrête :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 16 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 23 septembre 2009, les alinéas 2 et 3 sont abrogés.

**Art. 2.** L'annexe V-1 du même règlement, l'annexe V-1bis insérée par le règlement du 17 novembre 2010, l'annexe VI, l'annexe VII-1 et l'annexe VIII modifiée par le règlement du 18 janvier 2006 sont remplacées par les annexes ci-jointes.

**Art. 3.** Le présent règlement entre en vigueur le 12 avril 2013.

Le Président,

I. Van Damme

Le fonctionnaire dirigeant,

F. Perl

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C - 2013/22227]

19 SEPTEMBER 2012. — 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, inzonderheid op artikel 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 19 september 2012,

Besluit :

**Artikel 1.** In artikel 16 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 door de verordening van 23 september 2009, worden het tweede en het derde lid opgeheven.

**Art. 2.** Bijlage V-1 van dezelfde verordening van 16 april 1997, bijlage V-1bis ingevoegd door de verordening van 17 november 2010, bijlage VI, bijlage VII-1 en bijlage VIII gewijzigd door de verordening van 18 januari 2006 worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

**Art. 3.** Deze verordening heeft uitwerking met ingang van 12 april 2013.

De Voorzitter,

I. Van Damme

De leidend ambtenaar,

F. Perl

**Annexes au règlement du 19 septembre 2012 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-1

IDENTIFICATION  
DE L'ORGANISME ASSUREUR

O.R.

Mut.

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

(1)

Ouvrier Hommes 

(1)

Employé Femmes 

Date de naissance

J	M	A				
---	---	---	--	--	--	--

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

J	M	A				
---	---	---	--	--	--	--

 (3)

à partir du

Veillez vous présenter pour examen à ma consultation le  
à

Si vous n'êtes pas en mesure de vous déplacer, vous êtes tenu(e) de m'en avertir 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.

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

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 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 civils à compter de la notification des raisons qui vous ont empêché(e) de vous rendre à la convocation du médecin-conseil.

2. Si vous désirez reprendre une activité compatible avec votre état de santé tout en continuant à percevoir des indemnités, vous devez en *demander l'autorisation* au médecin-conseil de votre organisme assureur et vous devez déclarer cette reprise d'activité à votre organisme assureur au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise d'activité (au moyen d'un formulaire spécifique disponible auprès de votre organisme assureur). 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.

3. Si vous avez mis fin à votre incapacité de travail par une reprise spontanée du travail ou du chômage à la date de la convocation, vous n'êtes pas tenu de vous présenter à l'examen médical. Dans ce cas, veuillez avertir votre mutualité par l'envoi de l'attestation de reprise (du travail ou du chômage contrôlé), dûment complétée par l'employeur ou par la caisse de chômage.

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

---

Vu pour être annexé au règlement du 19 septembre 2012

Le Président

Ivo Van Damme

Le Fonctionnaire-dirigeant

François Perl

## 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: .....N° d'inscription (O.A.):  (2)Numéro du registre national:  (2)

A la suite de votre incapacité de travail reçue le 

J	M	A			
---	---	---	--	--	--

 (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)

**A 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 êtes 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 au médecin-conseil de votre organisme assureur et vous devez déclarer cette reprise d'activité à votre organisme assureur au plus tard le premier jour ouvrable qui précède immédiatement votre reprise d'activité (au moyen d'un formulaire spécifique disponible auprès de votre organisme assureur). 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.

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 19 septembre 2012

Le Président  
Ivo Van Damme

Le Fonctionnaire-dirigeant  
François Perl

## Annexe VI

Identification  
de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

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

RECOMMANDE

Ouvrier  (1)  
Employé   
Mineur

Homme  (1)  
Femme

Date de naissance

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

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

 (3)

Vous n'avez pas été reconnu(e) incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, pour les motifs suivants: (1)

- la cessation de vos activités n'est pas la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
- les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez:
- n'entraînent pas 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, § 1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994:
- .....
- .....
- .....
- n'entraînent pas la réduction de votre capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, exigée dans le cas de reprise d'une activité avec l'autorisation du médecin-conseil (art. 100, § 2 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).
- Vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100, § 1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)
- Les éléments communiqués par votre déclaration d'incapacité de travail sont insuffisants pour me permettre de me prononcer en toute connaissance de cause.

(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.

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

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours auprès du Tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile (voir adresses en annexe). Ce 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 y être représenté par un avocat, par le 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).

Pour réception, le titulaire:

Le médecin-conseil/médecin inspecteur.

Le:..... Le: .....

---

Vu pour être annexé au règlement du 19 septembre 2012

Le Président  
Ivo Van Damme

Le Fonctionnaire-dirigeant  
François Perl

Annexe VII-1

Identification  
de l'organisme assureur

O.R.

Mut.

--	--	--

--	--	--

**FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL**  
(Au sens de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

RECOMMANDE
------------

(1)

(1)

Ouvrier

Homme

Employé

Femme

Mineur

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)

M.....

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance qu'après examen médical pratiqué le .....  
j'estime que vous n'êtes plus incapable de travailler au sens de l'article 100 de la loi coordonnée  
du 14 juillet 1994, à partir du

--	--	--	--	--

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

- la cessation de vos activités n'est plus la conséquence directe du début ou de l'aggravation de lésions ou de troubles fonctionnels.
- les lésions ou troubles fonctionnels que vous présentez:
  - n'entraînent plus une réduction des 2/3 de votre capacité de gain évaluée dans votre catégorie professionnelle ou en fonction des diverses professions de référence visées à l'art. 100, § 1er de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;  
.....  
.....
  - n'entraînent plus la réduction de votre capacité d'au moins 50 % sur le plan médical, exigée dans le cas de reprise d'une activité avec l'autorisation du médecin-conseil (art. 100, § 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994).
- Vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100, §1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

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



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

Si vous n'êtes pas d'accord avec la présente décision, il vous est loisible d'introduire un recours auprès du tribunal du travail dans le ressort duquel est situé votre domicile (voir adresses en annexe). Ce 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).

Pour réception, le titulaire:

Le médecin-conseil/médecin inspecteur:

Le..... Le: .....

---

Vu pour être annexé au règlement du 19 septembre 2012

Le Président  
Ivo Van Damme

Le Fonctionnaire-dirigeant  
François Perl

**Annexe VIII****ATTESTATION DE REPRISE DU TRAVAIL OU DU CHOMAGE**

A remettre ou à renvoyer à votre organisme assureur dans les huit jours qui suivent la fin de l'incapacité de travail, de la période de protection de la maternité, du congé de paternité (conversion du repos de maternité) ou du congé d'adoption

**A remplir par le titulaire ou par l'organisme assureur****Concerne:**

Nom, prénom:

Adresse:

Code postal – localité :

N° d'inscription à l'O.A.:

N° N.I.S.S. :

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

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

Certifié sincère,

Date: .....

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

.....

.....

(1) Biffer la mention inutile.

**REMARQUES IMPORTANTES**

1. Vous devez faire compléter ce formulaire en cas de reprise du travail ou du chômage. Cette déclaration doit permettre à votre organisme assureur 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 organisme assureur.

---

Vu pour être annexé au règlement du 19 septembre 2012

Le Président  
Ivo Van Damme

Le Fonctionnaire-dirigeant  
François Perl

Bijlagen bij de verordening van 19 september 2012 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering van geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994

## 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)

Ingevolge uw aangifte van arbeidsongeschiktheid, ontvangen op oordeel ik dat u arbeidsongeschikt bent als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994

D  M  J  (3)

vanaf

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

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

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

ZIE BELANGRIJKE OPMERKINGEN  
OP DE KEERZIJDE

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.

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

**BELANGRIJKE OPMERKINGEN**

1. 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 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 hebt opgegeven, aanwezig zijn gedurende vijf kalenderdagen vanaf de datum waarop u kennis hebt gegeven van de redenen die u hebben belet gevolgd te geven aan de oproeping van de adviserend geneesheer.

2. 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 verzekeringsinstelling aangeven (via een specifiek formulier dat bij uw verzekeringsinstelling 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.

3. 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 gecontroleerde werkloosheid, dat naar behoren door uw werkgever of door de uitbetalingsinstelling van de werkloosheidsuitkeringen is ingevuld.

4. U moet aan de adviserend geneesheer elke adresverandering onmiddellijk meedelen.

---

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 19 september 2012

De Voorzitter  
Ivo Van Damme

De leidend ambtenaar  
François Perl

## 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 van de  
Verordening (EG) 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 uw arbeid of 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 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 geneesheer-controleur.

2. 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 verzekeringsinstelling aangeven (via een specifiek formulier dat bij uw verzekeringsinstelling 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.

3. Als u op de datum van de oproeping 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 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 19 september 2012

De Voorzitter  
Ivo Van Damme

De leidend ambtenaar  
François Perl

## Bijlage VI

Identificatie  
van de verzekeringsinstelling

Gew.  
dienst

Zienkf.

**WEIGERING VAN DE ADVISEREND GENEESHEER OM DE ARBEIDSONGESCHIKTHEID TE ERKENNEN**

AANGETEKEND

Arbeider  (1)

Man  (1)

Geboortedatum  D  M  J

Bediende

Vrouw

Mijnwerker

Gerechtigde:

Naam:

Voornamen:

Adres: ..... Straat, nr. .... Bus .....

Postnummer:  Gemeente: .....

Inschrijvingsnummer (V.I.):  (2)

Rijksregisternummer:  (2)

Wij hebben uw aangifte van arbeidsongeschiktheid ontvangen op:  D  M  J (3)

U wordt echter niet arbeidsongeschikt erkend als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994 om de volgende reden: (1)

de stopzetting van uw werkzaamheden is niet langer het rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.

de letsels of functionele stoornissen die u vertoont:

Brengen geen vermindering van 2/3 van uw vermogen tot verdienen met zich mee 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 geen vermindering van uw vermogen van ten minste 50 pct. op medisch vlak met zich mee, die vereist is in het geval van een activiteitshervatting met de toestemming van de adviserend geneesheer (art. 100, § 2, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

U hebt niet alle werkzaamheden onderbroken (art. 100, § 1, van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

De gegevens in uw aangifte van arbeidsongeschiktheid zijn voor mij niet voldoende om me met algehele kennis van zaken over uw toestand te kunnen uitspreken.

(1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.

(2) Het laatste cijfer van het nummer moet telkens 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.



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

Indien U niet akkoord gaat met deze beslissing, kan U hiertegen beroep instellen bij de arbeidsrechtbank in wiens rechtsgebied uw woonplaats gelegen is (zie adressen als bijlage). Dit beroep moet ingesteld worden binnen drie maanden na deze kennisgeving met een gedateerd en ondertekend verzoekschrift dat U neerlegt (tegen ontvangstbewijs) bij of aangetekend verstuurt aan de griffie van die arbeidsrechtbank. 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 ten einde 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).

Voor ontvangst, de gerechtigde:

De adviserend geneesheer/geneesheer-inspecteur,

Datum .....

Datum: .....

---

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 19 september 2012

De Voorzitter  
Ivo Van Damme

De leidend ambtenaar  
François Perl

Bijlage VII-1

Identificatie van de verzekeringsinstelling

Gew. dienst Ziekenf. [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID (als bedoeld in de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

AANGETEKEND [ ]

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)

M. ....

Hierbij deel ik u mee dat ik na het geneeskundig onderzoek, verricht op ....., van oordeel ben dat u niet langer arbeidsongeschikt bent, als bedoeld in artikel 100 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994, vanaf [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

aangezien u niet meer voldoet aan één of meer van de volgende, in voornoemd artikel gestelde voorwaarden (1):

- [ ] de stopzetting van uw werkzaamheden is niet langer het rechtstreeks gevolg van het intreden of verergeren van letsels of functionele stoornissen.
[ ] de letsels of functionele stoornissen die u vertoont:
[ ] brengen niet langer een vermindering van 2/3 van uw vermogen tot verdienen met zich mee 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)
[ ] U hebt niet alle werkzaamheden onderbroken (art. 100, § 1 van de gecoördineerde wet van 14 juli 1994)

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

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

Indien U niet akkoord gaat met deze beslissing, kan U hier tegen beroep instellen bij de arbeidsrechtbank in wiens rechtsgebied uw woonplaats gelegen is (zie adressen als bijlage). Dit beroep moet ingesteld worden binnen drie maanden na deze kennisgeving met een gedateerd en ondertekend verzoekschrift dat U neerlegt (tegen ontvangstbewijs) bij of aangetekend verstuurt aan de griffie van die arbeidsrechtbank. 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 ten einde 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).

Voor ontvangst, de gerechtigde:

De adviserend geneesheer/geneesheer-inspecteur,

Datum .....

Datum: .....

---

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 19 september 2012

De Voorzitter  
Ivo Van Damme

De Leidend ambtenaar  
François Perl

## Bijlage VIII

**BEWIJS VAN ARBEIDSHERVATTING OF VAN WERKLOOSHEID**

Af te geven of terug te zenden aan uw verzekeringsinstelling binnen 8 dagen na het einde van de arbeidsongeschiktheid, van het tijdvak van moederschapsbescherming, vaderschapsverlof (omzetting van de moederschapsrust) en adoptieverlof.

In te vullen door de gerechtigde of door de verzekeringsinstelling

Betreft:

Naam, voornaam:

.....

Adres:

.....

Postcode – gemeente:

.....

Inschrijvingsnummer bij de VI:

.....

I.N.S.Z.-nummer:

.....

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

Ik ondergetekende, verklaar dat betrokkene wegens ziekte - moederschapsbescherming - vaderschapsverlof – adoptieverlof (1) de arbeid - de werkloosheid (1) heeft onderbroken op .....

.....en deze hervat heeft op .....

.....

Voor echt verklaard,

Datum.....

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

.....

.....

(1) Het onnodige schrappen.

**BELANGRIJKE OPMERKINGEN**

1. U moet dit formulier laten invullen in geval van hervatting van de arbeid of van de werkloosheid. Op grond van deze aangifte kan uw verzekeringsinstelling 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 verzekeringsinstelling beschikbaar is.

---

Gezien om gevoegd te worden bij de verordening van 19 september 2012.

De Voorzitter  
Ivo Van Damme

De Leidend ambtenaar  
François Perl