

TEN BLIJKE WAARVAN de ondergetekenden, daartoe behoorlijk gemachtigd, dit Protocol hebben ondertekend.

GEDAAN te Brussel, op 14 september 1984 in drie exemplaren, in de Nederlandse en de Franse taal, zijnde beide teksten gelijkelijk authentiek.

Voor de Regering van het Koninkrijk België,

L. TINDEMANS.

Voor de Regering van het Groothertogdom Luxemburg,

F. BREMER.

Voor de Regering van het Koninkrijk der Nederlanden,

C.A. van der KLAUW.

Dit Protocol werd bekrachtigd door Nederland op 6 juni 1986, door Luxemburg op 13 oktober 1986 en door België op 7 november 1988. Overeenkomstig zijn artikel 5, zal dit in werking treden op 1 december 1988.

EN FOI DE QUOI, les soussignés, dûment autorisés à cet effet, ont signé le présent Protocole.

FAIT à Bruxelles, le 14 septembre 1984 en triple exemplaire, en langues française et néerlandaise, les deux textes faisant également foi.

Pour le Gouvernement du Royaume de Belgique,

L. TINDEMANS.

Pour le Gouvernement du Grand-Duché de Luxembourg,

F. BREMER.

Pour le Gouvernement du Royaume des Pays-Bas,

C.A. van der KLAUW.

Ce Protocole a été ratifié par les Pays-Bas le 6 juin 1986, par le Luxembourg le 13 octobre 1986 et par la Belgique le 7 novembre 1988. Conformément à son article 5, il entrera en vigueur le 1er décembre 1988.

MINISTERIE VAN SOCIALE VOORZORG

N. 88 — 2054

21 SEPTEMBER 1988. — Verordening tot wijziging van het koninklijk besluit van 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering

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

Gelet op de wet van 9 augustus 1963 tot instelling en organisatie van een regeling voor verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, inzonderheid op artikel 40, 11^o, a, gewijzigd bij de wet van 27 juni 1969;

Gelet op het koninklijk besluit van 31 december 1963 houdende verordening op de uitkeringen inzake verplichte ziekte- en invaliditeitsverzekering, ter uitvoering van artikel 152, § 1, van voornoemde wet van 9 augustus 1963, inzonderheid op de bijlage V-1 en V-2, gewijzigd bij de verordening van 18 februari 1976;

Na erover te hebben beraadslaagd op zijn vergadering van 21 september 1988,

Besluit :

Artikel 1. De bijlagen V-1 « Einde van primaire arbeidsongeschiktheid », als bedoeld in de wet van 9 augustus 1963, en V-2 « Einde van primaire arbeidsongeschiktheid » (exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling) worden respectievelijk vervangen door de bijlagen V-1 « Einde van arbeidsongeschiktheid », als bedoeld in de wet van 9 augustus 1963, en V-2 « Einde van arbeidsongeschiktheid » (exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling), conform de hierbij gevoegde modellen.

Art. 2. Deze verordening treedt in werking op 1 oktober 1988.

De administrateur-generaal,
R. SCHUTYSER

De plaatsvervangend voorzitter,
A. VAN DER HAEGEN

MINISTÈRE DE LA PREVOYANCE SOCIALE

F. 88 — 2054

21 SEPTEMBRE 1988. — Règlement modifiant l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité

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

Vu la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, notamment l'article 40, 11^o a, modifié par la loi du 27 juin 1969;

Vu l'arrêté royal du 31 décembre 1963 portant règlement des indemnités en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, pris en exécution de l'article 152, § 1^{er} de la loi du 9 août 1963 précitée, notamment les annexes V-1 et V-2, modifiées par le règlement du 18 février 1976;

Après en avoir délibéré au cours de sa séance du 21 septembre 1988,

Arrête :

Article 1^{er}. Les annexes V-1 « Fin de l'incapacité de travail primaire » au sens de la loi du 9 août 1963 et V-2 « Fin de l'incapacité de travail primaire » (exemplaire destiné au Service administratif de l'organisme assureur) sont respectivement remplacées par les annexes V-1 « Fin de l'incapacité de travail » au sens de la loi du 9 août 1963 et V-2 « Fin de l'incapacité de travail » (exemplaire destiné au Service administratif de l'organisme assureur), conformes aux modèles ci-joints.

Art. 2. Le présent règlement entre en vigueur le 1^{er} octobre 1988.

L'administrateur général,
R. SCHUTYSER

Le président faisant fonction,
A. VAN DER HAEGEN

Bijlage V-1

IDENTIFICERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Verbond/Gew.d.

Ziekenf. (2)

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
ALS BEDOELD IN DE WET VAN 9 AUGUSTUS 1963

AANGETEKEND

(1)
Arbeider
Bediende
Mijnwerker

(1)
Man
Vrouw

Gerechtigde :

Naam :
Voornaam :

Geboortedatum
D M J

Adres : straat nr. bus ...

Postnummer : Gemeente :

Inschrijvingsnummer (V.I.) : (2)

Lijfrentennummer : (2)

M.

Ik heb de eer U te melden dat ik na onderzoek van oordeel ben dat U NIET MEER DE GRAAD VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID HEEFT die recht geeft op uitkeringen van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, en wel vanaf

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

Ten einde uw rechten inzake sociale zekerheid te vrijwaren, inzonderheid in het kader van de ziekte- en invaliditeitsverzekering, moet U vanaf de hiervoren vermelde datum de arbeid hervatten of U als werkzoekende bij de Rijksdienst voor Arbeidsvoorziening laten inschrijven om eventueel werkloosheidsuitkeringen te kunnen genieten. De inschrijving als werkzoekende is vereist, zelfs indien U meent dat U niet in staat is om de arbeid te hervatten en gebruik wenst te maken van uw recht op beroep.

| | |
|---|---|
| Voor ontvangst, de gerechtigde Datum : | De adviserend geneesheer/geneesheer-inspecteur Datum : |
|---|---|

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

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 september 1988.

De administrateur-generaal,

R. SCHUTYSER.

De plaatsvervangend voorzitter,

A. VAN DER HAEGEN.

| Arbeidsrechtbank | Adres |
|------------------------------|---|
| Antwerpen | Torengedouw, Koningin Elisabethlei 24, 2000 Antwerpen. |
| Brugge | Kazernevest 3, 8000 Brugge. |
| Brussel | Quatre Brasstraat 19, 1000 Brussel. |
| Dendermonde | Gerechdelijk Complex, Kazernestraat 21, 9330 Dendermonde |
| Gent | Kalandenbergr 1, 9000 Gent |
| Hasselt | Havermarkt 6-8, 3500 Hasselt |
| Ieper | D'Hondtstraat 13, 8900 Ieper |
| Kortrijk | Burg. H. Nolfstraat 8, 8500 Kortrijk |
| Leuven | Gerechthof, Smoldersplein 5, 3000 Leuven |
| Mechelen | Bijgedouw Gerechthof, Voochtstraat 7, 2800 Mechelen |
| Oudenaarde | Gerechdelijk Complex, Bekstraat 14, 9700 Oudenaarde |
| Tongeren | Residentie « Diplomat », Achttiende Oogstwal 35, 3700 Tongeren |
| Turnhout | Patersstraat 24, 2300 Turnhout. |
| Veurne | Peter Benoitlaan 2, 8480 Veurne. |
| Arbeidsrechtbank Afdeling | |
| Aalst | Gerechdelijk Complex, Graanmarkt 1, 9300 Aalst |
| Oostende | Gerechthof, Canadaplein, 8400 Oostende |
| Roeselare | H. Consciencestraat 28, 8800 Roeselare |
| Ronse | Biezenstraat 5, 9600 Ronse |
| Sint-Niklaas-Waas | Gerechdelijk Complex, Kazernestraat 30-40, 2700 Sint-Niklaas-Waas |
| Zottegem | Grotenbergestraat 54, 9620 Zottegem (voorlopig) |

Bijlage V-2

IDENTIFICERING VAN DE VERZEKERINGSINSTELLING

Verbond/Gew.d.

Ziekenf. (2)

EINDE VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(exemplaar voor de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling)

| | | | | | |
|------------|--------------------------|-------|--------------------------|---------------------|---|
| | (1) | | (1) | <u>Gerechtigde:</u> | |
| Arbeider | <input type="checkbox"/> | Man | <input type="checkbox"/> | Naam: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Bediende | <input type="checkbox"/> | Vrouw | <input type="checkbox"/> | Voornaam: | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mijnwerker | <input type="checkbox"/> | | | | |

Geboortedatum: D M J

Adres: straat nr. bus

Postnummer: Gemeente:

Inschrijvingsnummer (V.I.): (2)

Lijfrentennummer: (2)

| | | | |
|---|---|---|---|
| Als arbeidsongeschiktheid erkend vanaf (bij mutatie eerste datum) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J |
| Bij wederinstorting eerste datum van de arbeidsongeschiktheid | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J |
| <u>AANVANGDATUM VAN TOEKENNING</u> van primaire arbeidsongeschiktheidsuitkeringen (bij wederinstorting of mutatie eerste datum) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J |
| <u>EINDE</u> van primaire- of invaliditeitsuitkeringen (4) | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> D | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> M | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> J |

Reden:

| | | | |
|--------------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| (1) Spontane arbeidshervatting | <input type="checkbox"/> | (3) Pensionering | <input type="checkbox"/> |
| Verplichte arbeidshervatting | <input type="checkbox"/> | Invaliditeit | <input type="checkbox"/> |
| Overlijden | <input type="checkbox"/> | Andere redenen | <input type="checkbox"/> |

MUTATIE:

van Verbond Ziekenf. naar Verbond Ziekenf. (2)

| | |
|--------------------------------|--|
| Voor ontvangst, de gerechtigde | De adviserend geneesheer/geneesheer-inspecteur |
| Datum: | Datum: |

- (1) Een kruisje in het desbetreffende vakje aanbrengen.
- (2) Het laatste cijfer van het nummer, met een betekenis, moet telkens in het laatste vakje rechts komen.
- (3) In dat geval moet de administratieve dienst van de verzekeringsinstelling de adviserend geneesheer hiervan met dit document op de hoogte brengen.
- (4) Doorhalen wat niet past.

Ons bekend om te worden gevoegd bij de verordening van 21 september 1988.

De administrateur-generaal,
R. SCHUTYSER.

De plaatsvervangend voorzitter,
A. VAN DER HAEGEN.

Annexe V-1

IDENTIFICATION DE
L'ORGANISME ASSUREURFéd./O.R.
[] [] []Mut. (2)
[] [] []FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL
AU SENS DE LA LOI DU 9 AOUT 1963

RECOMMANDE

(1)

Ouvrier

Employé

Mineur

(1)

Homme

Femme

Titulaire :

Nom : []

Prénoms : []

Date de naissance

J M A

[] []

Adresse : rue n° ... Bte ...

Code postal : [] [] [] [] [] [] Localité :

Numéro d'inscription (O.A.) : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] (2)

Numéro du compte de retraite : [] (2)

M.

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance, qu'après examen, j'estime que VOUS NE POSSEDEZ PLUS LE DEGRE D'INCAPACITE DE TRAVAIL qui ouvre droit aux indemnités de l'assurance maladie-invalidité et ce à partir du

[] []

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

Afin de maintenir vos droits en matière de sécurité sociale, et plus particulièrement dans le cadre de l'assurance maladie-invalidité, vous devez, à partir de la date indiquée ci-dessus, reprendre le travail ou vous inscrire comme demandeur d'emploi auprès de l'Office national de l'Emploi afin de pouvoir bénéficier éventuellement d'allocations de chômage. L'inscription comme demandeur d'emploi est requise même si vous estimez ne pas être capable de reprendre le travail et désirez faire usage de votre droit de recours.

Pour réception, le titulaire

Le médecin-conseil/médecin-inspecteur

Le

Le

(1) Mettre une croix dans la case appropriée.

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

Vu pour être annexé au règlement du 21 septembre 1988.

L'administrateur général,

R. SCHUTYSER.

Le président faisant fonction,

A. VAN DER HAEGEN.

| Tribunal du travail | Adresse |
|--------------------------------|--|
| Arlon | rue des Déportés 115, 6700 Arlon |
| Bruxelles | rue des Quatre Bras 19, 1000 Bruxelles |
| Charleroi | Palais de Justice, avenue Gén. Michel, 6000 Charleroi |
| Dinant | Palais de Justice, place du Palais de Justice, 5500 Dinant |
| Eupen | Klötzebahn, 4700 Eupen |
| Huy | rue des Vergiers 19, 5200 Huy |
| Liège | rue Saint-Gilles 85, 4000 Liège |
| Marche-en-Famenne | rue du Luxembourg 5, 5400 Marche-en-Famenne |
| Mons | rue de Nimy 70, 7000 Mons |
| Namur | place du Palais de Justice 5-6, 5000 Namur |
| Neufchâteau | rue Franklin Roosevelt 33, 6620 Neufchâteau |
| Nivelles | place du Souvenir 11, 1400 Nivelles |
| Tournai | rue Childéric 9, 7500 Tournai. |
| Verviers | rue du Brou 58, Galerie Voos, 4800 Verviers. |
| Tribunal du travail Section | |
| Haïne-Saint-Pierre | rue de l'Harmonie 7, 7160 Haïne-Saint-Pierre |
| La Louvière | rue des Carrelages 16, 7100 La Louvière |
| Mouscron | rue du Bas Voisinage 151, 7700 Mouscron |
| Wavre | place de l'Hôtel de Ville, 1300 Wavre |

Annexe V-2

IDENTIFICATION DE
L'ORGANISME ASSUREURFéd./O.R.
Mut.
 (2)FIN DE L'INCAPACITE DE TRAVAIL

(exemplaire destiné au service administratif de l'organisme assureur)

| | | | | | |
|---------|--------------------------|-------|--------------------------|--------------------|---|
| | (1) | | (1) | <u>Titulaire :</u> | |
| Ouvrier | <input type="checkbox"/> | | | Nom : | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Employé | <input type="checkbox"/> | Homme | <input type="checkbox"/> | Prénoms : | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| Mineur | <input type="checkbox"/> | Femme | <input type="checkbox"/> | | |

Date de naissance :

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

Adresse : rue n° ... Bte ...

Code postal : Localité :Numéro d'inscription (O.A.) : (2)Numéro du compte de retraite : - (2)Reconnu(e) incapable de travailler à partir du
(première date en cas de mutation)

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

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

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

DATE DE DEBUT DE L'OCTROI des indemnités d'incapacité
primaire, première date en cas de rechute ou de mutation

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

FIN DE L'OCTROI des indemnités d'incapacité primaire/d'invalidité (4)

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

Raison : Reprise spontanée (3)Pension (1) Remise au travail Invalidité Décès Autre raisons MUTATION :

| | | | | | | |
|----|--|--|---|--|--|-----|
| | Féd. | Mut. | | Féd. | Mut. | (2) |
| de | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | à | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | |

Pour réception, le titulaire

Le médecin-conseil/médecin-inspecteur

Le :

Le :

(1) Mettre une croix dans la case appropriée.

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

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

(4) Biffer la mention inutile.

Vu pour être annexé au règlement du 21 septembre 1988.

L'administrateur général,

R. SCHUTYSER.

Le président faisant fonction,

A. VAN DER HAEGEN.