

CHAPITRE III. — *Dispositions finales*

Art. 3. La présente convention collective de travail entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2015 et est conclue à durée indéterminée.

Elle peut être dénoncée moyennant un préavis de trois mois par chacune des parties signataires par lettre recommandée à la poste au président de la Commission paritaire des grands magasins.

Vu pour être annexé à l'arrêté royal du 2 juillet 2015.

Le Ministre de l'Emploi,  
K. PEETERS

HOOFDSTUK III. — *Slotbepalingen*

Art. 3. Deze collectieve arbeidsovereenkomst treedt in werking op 1 januari 2015. Zij is gesloten voor onbepaalde tijd.

Zij kan door elk van de partijen worden opgezegd mits een opzeggingstermijn van drie maanden gegeven bij een ter post aangezekende brief gericht aan de voorzitter van het Paritair Comité voor de warenhuizen.

Gezien om te worden gevoegd bij het koninklijk besluit van 2 juli 2015.

De Minister van Werk,  
K. PEETERS

SERVICE PUBLIC FEDERAL  
SECURITE SOCIALE

[C – 2015/22267]

9 JUILLET 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, 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 9 juillet 2015,

Arrête :

**Article unique.** L'annexe V-1 et l'annexe VII-1 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, remplacées par le règlement du 19 septembre 2012, sont remplacées par les annexes ci-jointes.

Le Président,

I. VAN DAMME.

Le Fonctionnaire dirigeant,

F. PERL

FEDERALE OVERHEIDSDIENST  
SOCIALE ZEKERHEID

[C – 2015/22267]

9 JULI 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, 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 te hebben beraadslaagd tijdens zijn zitting van 9 juli 2015,

Besluit :

**Enig artikel.** Bijlage V-1 en bijlage VII-1 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, vervangen door de verordening van 19 september 2012, worden vervangen door de hierbij gevoegde bijlagen.

De Voorzitter,

I. VAN DAMME.

De Leidend ambtenaar,

F. PERL.



**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.

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.

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 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 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 09 juillet 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. 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	□	J	M	A
Employé	□		Femme	□	□	□	□
Mineur	□				□	□	□

Titulaire:

Nom:

Prénom:

Adresse: .....rue, n° ..... Bte .....

Code postal:  Localité: .....

Numéro d'inscription (O.A.):  (2)

Numéro du registre national:  (2)

M.....

J'ai l'honneur de porter à votre connaissance 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 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).

Vous n'avez pas cessé toute activité (art. 100 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994)

OU

Vu votre absence prolongée (ou refus de vous soumettre) sans justification valable à l'examen médical pour lequel vous avez été convoqué(e), il ne m'est plus possible 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.

(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 09 juillet 2015

Le Président

Le Fonctionnaire dirigeant

I. Van Damme

F. Perl

**Bijlagen bij de verordening van 9 juli 2015 tot wijziging van de verordening van 16 april 1997 tot uitvoering van artikel 80, 5°, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994**

**Bijlage V-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  (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 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 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.

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 werkherhervatting 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 de 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 9 juli 2015

De Voorzitter

I. Van Damme

De Leidend ambtenaar

F. Perl





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 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 9 juli 2015

De Voorzitter

De Leidend ambtenaar

I. Van Damme

F. Perl