

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID



CM. Op uw gezondheid.

Arbeider - Bediende - Mijnwerker (3)
Man - vrouw (3)

INSCHR. NR. GEBOORTEDATUM:
MAATSCH.

*** Vul onderstaande gegevens in of kleef uw gele klever**

Naam en voornaam:
Hoofdverblijfplaats (*) (1):

Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt (1):
.....

Als u volledig werkloos bent, opgegeven vanaf welke datum: --

De ondergetekende, doctor in de geneeskunde, verklaart verzorging te verlenen aan:

en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf:
wegens (symptomen en eventueel diagnose) (2):

De betrokkene is in staat - is niet in staat (3) zich te verplaatsen.

De betrokkene is ter verpleging opgenomen (3) in
sedert

Reden en vermoedelijke duur van de opname

Indien de arbeidsongeschiktheid het gevolg is van de zwangerschap, de vermoedelijke bevallingsdatum vermelden

Mijn collega, adviserend geneesheer, gelieve mij zijn beslissing omtrent bovengenoemde zieke mee te delen, ingeval hij niet akkoord mocht gaan. JA - NEEN (3)

Identificatie van de geneesheer (4) Te
(datum)
Handtekening van de behandelend geneesheer

AANVANG ARBEIDSONGESCHIKTHEID	ONTVANGSTDATUM	OPROEPINGSTERMIJN	UUR	PLAATS
BIJZONDERHEDEN		DIVERSE	JAARLIJKS VOLG NR. of DOSSIER NR.	

Datum en handtekening van de adviserend geneesheer

Bezoek aan huis door: adv. geneesheer - genesch.-Insp. - verpleegster (3)
Toepassing van art. 136 §§1,2,3 en 134 (gec. Wet van 14 juli 1994) (3)

- (1) De gerechtigde moet aan de adviserend geneesheer elke wijziging met betrekking tot zijn verblijfplaats meedelen.
(2) De oorzaak van de arbeidsongeschiktheid opgeven door o.m. te vermelden of het gaat om een ongeval of traumatisme en voldoende gegevens meedelen om de adviserend geneesheer in staat te stellen de waarschijnlijke duur van de arbeidsongeschiktheid te bepalen.
(3) Het onnodige schrappen.
(4) Inschrijvingsnummer toegekend door het RIZIV.

In te vullen door de gerechtigde

In te vullen door de behandelend geneesheer

Vak bestemd voor de adviserend geneesheer

Tips voor het gebruik van dit formulier

- Laat het formulier 'Getuigschrift van arbeidsongeschiktheid' invullen door je arts. Alle rubrieken moeten ingevuld zijn voor een geldige aangifte van arbeidsongeschiktheid.
- Stuur het ingevulde getuigschrift via De Post naar CM. Probeer het steeds zelf op de post te doen. De poststempel geldt als bewijs van verzending en van datum van ontvangst.
- Deponeer het ingevulde getuigschrift nooit in een CM-brievenbus en ook nooit in een omslag bestemd voor CM-direct.
- Verzond het ingevulde getuigschrift steeds tijdig. Het moet binnen onderstaande termijn worden bezorgd aan de adviserend geneesheer van het ziekenfonds. Eén gouden raad bij twijfel: doe steeds aangifte binnen de twee kalenderdagen.

Bedienden	28 kalenderdagen
Arbeiders	14 kalenderdagen
Werklozen en andere personen die niet (meer) werken bij de aanvang van de arbeidsongeschiktheid (bv. interimarissen van wie het contract afloopt)	48 uur
Onthaalouders die kinderopvang doen voor een overkoepelende organisatie zoals Kind & Gezin of een OCMW	48 uur
Na ontslag uit het ziekenhuis	48 uur
Bij hervallen na werkhervatting	48 uur

Goed om te weten

- Geef je je arbeidsongeschiktheid te laat aan, dan verlies je 10 % van de ziekte-uitkering waarop je recht hebt tot en met de datum van ontvangst (poststempel) van het ingevulde getuigschrift.
- De behandeling van je dossier kan ook pas worden aangevat na ontvangst van het ingevulde getuigschrift. Het is dus in jouw belang dat wij het zo snel mogelijk ontvangen.
- De adviserend geneesheer beoordeelt je arbeidsongeschiktheid en deelt zijn beslissing schriftelijk aan jou mee.
- Begin nooit een deeltijdse beroepsactiviteit of andere activiteit tijdens je arbeidsongeschiktheid, zonder voorafgaandelijke toelating van de adviserend geneesheer.
- Voor zelfstandigen is er een specifieke 'verklaring van arbeidsongeschiktheid'.