GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID
van een persoon die sociaal verzekerd is in een andere Staat
dan België en die verblijft of woont in België

Voorafgaande info voor de buitenlands verzekerde persoon die dit getuigschrift aanvraagt met oog op het aanvragen van arbeidsongeschiktheidsuitkeringen:

- Bent u sociaal verzekerd in een lidstaat van de Europese Unie, de EER, in Zwitserland of in het Verenigd Koninkrijk? Stuur dit certificaat dan **rechtstreeks** op naar de instelling van dat land die bevoegd is om uw recht op arbeidsongeschiktheidsuitkeringen te beoordelen
- Bent u sociaal verzekerd in een land waarmee België een bijzondere bilaterale aangifteprocedure afgesproken heeft in geval van woonplaats of tijdelijk verblijf in België (Marokko, Tunesië, Algerije, Turkije, Servië, Montenegro, Macedonië, Bosnië-Herzegovina, Albanië)? Breng dan dit ingevulde certificaat onmiddellijk binnen bij een Belgisch ziekenfonds naar keuze. Het ziekenfonds zorgt voor een bijkomende medische controle en de aangifte bij het buitenlandse orgaan.

Deel in te vullen door de buitenlands verzekerde	Naam en voornamen:…… Geboortedatum: ..... Geslacht: M ☐ V Land van sociale verzekering: …… Inschrijvingsnummer bij de buitenlandse instelling: ..... Hoofdverblijfplaats: .... Adres waar de gerechtigde zich ter beschikking van de controle houdt ..... Dit getuigschrift betreft: begin van deze arbeidsongeschiktheid: □ JA □ NEEN verlenging van deze arbeidsongeschiktheid □ JA □ NEEN Beroepssituatie <u>op het ogenblik van de aanvang van de arbeidsongeschiktheid</u>: ☐Loontrekkende:…….. (omschrijving) ☐Zelfstandige: …….. (omschrijving) ☐Werkloos De arbeidsongeschiktheid is het gevolg van : ☐ een ongeval ☐ een beroepsziekte
Deel in te vullen door de behandelende geneesheer	**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.* ICD-10 ICPC-2 Facultatieve codering van de hoofddiagnose : ☐ of ☐ De betrokkene is of zal worden **gehospitaliseerd** vanaf ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ In geval van **zwangerschap**, vermoedelijke bevallingsdatum: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ <u>Identificatie arts met inschrijvingsnummer RIZIV</u> <u>Datum en handtekening arts</u>

Rijksinstituut voor Ziekte- en Invaliditeitsverzekering Te frankeren

VERTROUWELIJK

GETUIGSCHRIFT VAN ARBEIDSONGESCHIKTHEID