

[R – Règl. 19-9-12 – M.B. 17-5-13 – éd. 2 – art. 2; R – Règl. 9-7-15 – M.B. 22-7 – art. unique]  
**[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)

Ouvrier

(1)

Homme

Date de naissance

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

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)

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: .....]