

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrsziss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

A4 - CERTIFICAT MEDICAL DE GUÉRISON COMPLETE SANS INCAPACITÉ PERMANENTE DE TRAVAIL

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

N° d'affiliation : ____ / ____ / ____

<p>1. Nom et adresse du médecin</p> <p>2. Cocher la case adéquate</p> <p>3. Nom de la victime</p> <p>4. L'incapacité de travail peut être considérée comme complète ou partielle, en cas d'incapacité partielle veuillez signaler le pourcentage d'incapacité</p> <p>5. Cocher la case adéquate</p> <p>6. Description des séquelles Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant</p> <p>7. Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)</p>	<p>Le soussigné, (1)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>agissant en sa qualité de</p> <p style="padding-left: 40px;">médecin consulté par la victime (2)</p> <p style="padding-left: 40px;">médecin conseil de l'assureur (2)</p> <p>ayant examiné</p> <p>le ____ / ____ / ____</p> <p>le (la) dénommé(e) (3)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>victime d'un accident le</p> <p>____ / ____ / ____</p> <p>et déclare</p> <p>1. que l' accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après (4)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>2. que la victime a repris une activité professionnelle depuis le ____ / ____ / ____</p> <p>3. que la victime est guérie depuis le</p> <p>____ / ____ / ____</p> <p>3.1 sans aucune séquelle (5)</p> <p>3.2 avec les séquelles suivantes qui n'entraînent pas d' incapacité de permanente de travail (5)</p> <p>(6)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire. (7)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



ONSS

**SÉCURITÉ SOCIALE
D'OUTRE-MER**

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie

02 509 38 22

Pascale Domken

02 509 20 84

prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11

1060 Bruxelles

J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à le ____/____/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)