

OVERSEAS CONTACT

Anda Martens
02 509 30 85
Stijn Blommaert
02 509 33 60
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszlsz.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

A3 – MEDISCH GETUIGSCHRIFT VERLENGING ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Vóór- én achterzijde behoorlijk invullen en ondertekend aan de Dienst terugzenden.

1. Naam en adres van de geneesheer	
2. Naam, voornamen en adres van de getroffene	Aansluitingnr.: _____ / _____
3. Einddatum van arbeidsongeschiktheid zoals voorzien in een vorige medische verklaring.	___ / ___ / _____
4. Nieuwe periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid die voorzien wordt Het gepaste vakje aankruisen	Geen werkonderbreking
	Volledige arbeidsongeschiktheid van _____ dagen, vanaf ___ / ___ / _____
	Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van ___ % , gedurende _____ dagen
5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels Het gepaste vakje aankruisen	Genezing zonder enig restletsel
	Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben
	Consolidatie met een blijvende invaliditeit van ___ %
	Overlijden
6. Voorstel inzake behandeling	Ja Neen
7. Plaats waar het slachtoffer verzorgd wordt	Ja (korte beschrijving gewenst) Neen

Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Opgemaakt te op ___ / ___ / _____

Handtekening*

(* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)