

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

NUMÉRO DE COMPTE

IBAN : BE56 6790 0735 1788
BIC : PCHQBEBB

A3 - CERTIFICAT DE PROLONGATION L'INCAPACITE DE TRAVAIL

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	
3. Date de fin de l'incapacité de travail prévue dans le précédent certificat	
4. Nouvelle période d'incapacité temporaire de travail prévue Cocher la case adéquate	<input type="radio"/> Pas d'arrêt de travail <input type="radio"/> Incapacité totale de travail de ____ jours, depuis le __/__/____ <input type="radio"/> Incapacité partielle de travail de __%, durant ____ jours
5. Evolution probable des lésions de la victime Cocher la case adéquate	<input type="radio"/> Guérison sans séquelles <input type="radio"/> Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail <input type="radio"/> Consolidation avec incapacité probable de ____ % <input type="radio"/> Décès
6. N'avez-vous aucune suggestion à faire ? (traitement spécial, opération...)	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7. Lieu où la victime se trouve (hôpital ou résidence)	<input type="radio"/> Oui (courte description) <input type="radio"/> Non

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

Fait à le __/__/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)