

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

A5 - CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

| | |
|---|----------------------------------|
| 1. Nom et adresse du médecin | |
| 2. Nom, prénom et adresse de la victime | N° d'affiliation : _____ / _____ |
| 3. Les lésions sont consolidées depuis le | ____ / ____ / _____ |
| 4. Description des lésions persistantes | |
| 5. Pourcentage probable d'incapacité permanente de travail, suivant le Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) ou le Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique. | ____ % (probablement) |

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

Fait à le ____ / ____ / _____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)