

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

A3 - CERTIFICAT DE PROLONGATION L'INCAPACITÉ 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	N° d'affiliation : _____ / _____
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	Pas d'arrêt de travail
	Incapacité totale de travail de ___ ___ jours, depuis le ___ / ___ / _____
	Incapacité partielle de travail de ___ %, durant ___ ___ jours
5. Evolution probable des lésions de la victime Cocher la case adéquate	Guérison sans séquelles
	Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail
	Consolidation avec incapacité probable de ___ ___ %
	Décès
6. N'avez-vous aucune suggestion à faire ? (traitement spécial, opération...)	Oui Non
7. Lieu où la victime se trouve (hôpital ou résidence)	Oui (courte description) Non

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

Fait à le ___ / ___ / _____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées