

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

A6 - CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

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. Jour, date et heure de l'accident	____/____/____
4. Description des lésions	
5. La victime est décédée suite à ces lésions le	____/____/____

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

Fait à le ____/____/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées