

**OVERSEAS CONTACT**

Amélie Elie  
02 509 38 22  
Pascale Domken  
02 509 20 84  
[prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**ADRESSE**

Place Victor Horta 11  
1060 Bruxelles

**NUMÉRO DE COMPTE**

IBAN: BE56 6790 0735 1788  
BIC: PCHQBEBB

**CERTIFICAT MEDICAL**

À renvoyer dûment complété et signé au médecin-conseil de l' Office.

Je soussigné(e), docteur en médecine, déclare avoir examiné

M .....

et avoir constaté que l' intéressé(e) est en incapacité de travail depuis le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

- par suite de :
- maladie
  - accident du travail
  - accident autre qu'un accident du travail
  - grossesse

Probabilité de la durée de l'incapacité de travail (\*) : .....

**S'il s'agit d'une maladie**

Nature de l'affection : .....

.....

.....

.....

Évolution probable:     aggravation     évolution lente     guérison

**En cas d' accident**

Date de l'accident : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Nature des lésions : .....

.....

.....

.....

Évolution probable:     aggravation     évolution lente     guérison

**S'il s'agit d'une grossesse**

Date à laquelle l'accouchement est prévu : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Identification du médecin

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

Date et signature du médecin\*

(\*) Signature électronique et manuscrite autorisées