ONSS | SÉCURITÉ SOCIALE D'OUTRE-MER

OVERSEAS CONTACT
Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrszlss.fgov.be

ADRESSE
DG VII - Service paiements & prestations
Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

CERTIFICAT MEDICAL

À renvoyer dûment complété et signé au médecin-conseil de l'Office.
Je soussigné(e), docteur en médecine, déclare avoir examiné

Mme/Mr : .....

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

par suite de : maladie

accident du travail

accident de la vie privée

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

(*) Grossesse : max. 15 semaines art.91 §3 L. 29.4.1996