

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

NUMÉRO DE COMPTE

IBAN : BE56 6790 0735 1788
BIC : PCHQBEBB

A2 - CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	
3. Description des lésions (sorte et nature des lésions ainsi que les parties du corps atteintes – fracture du bras, contusions, lésions internes...)	
4. Incapacité temporaire de travail Cocher la case adéquate	<input type="radio"/> Pas d'arrêt de travail <input type="radio"/> Incapacité totale de travail de ____ jours, depuis le __/__/____ <input type="radio"/> Incapacité partielle de travail de __% durant __ jours
5. Evolution probable des lésions de la victime Cocher la case adéquate	<input type="radio"/> Guérison sans séquelles <input type="radio"/> Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail <input type="radio"/> Consolidation avec incapacité probable de ____ % <input type="radio"/> Décès
6. L'incapacité de travail résulte-t-elle normalement des lésions mêmes, sans intervention d'autres causes ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
7. Les lésions sont-elles influencées par un état de santé antérieur ?	<input type="radio"/> Oui (courte description) <input type="radio"/> Non
8. N'avez-vous aucune suggestion à faire? (traitement spécial, opération ...)	
9. Lieu où la victime se trouve : (hôpital ou résidence)	

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

Fait à le __/__/____

Signature*

(* Signature électronique et manuscrite autorisées)