



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Voor bezoeken : Jozef II-straat 47 • BE-1000 BRUSSEL

Contactpersonen :

Anda Martens

Carolina Ruts

Telefoon :

02/509 30 85

02/509 32 55

email :

[periodiekeuitkeringen-osz@onssrsz.lss.fgov.be](mailto:periodiekeuitkeringen-osz@onssrsz.lss.fgov.be)

**MEDICAL CERTIFICATE  
MEDISCH ATTEST  
CERTIFICAT MEDICAL**

This certificate has to be returned completed and signed to the doctor-advisor of the Office.

Dit attest moet degelijk ingevuld en ondertekend teruggestuurd worden aan de adviserend geneesheer van de Dienst.

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

---

The undersigned, doctor of medicine, declares to have examined

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart te hebben onderzocht

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

M.....

and to have found him (her) disabled since

en hem (haar) arbeidsongeschikt te hebben bevonden vanaf .....

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

because / wegens / par suite de :

- sickness - ziekte - maladie
- industrial accident - arbeidsongeval - accident du travail
- accident other than an industrial accident - ongeval, ander dan arbeidsongeval -  
accident autre qu'un accident du travail
- pregnancy - zwangerschap - grossesse

Estimated period of disability (\*) :

Vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid (\*) : .....

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

(\*) pregnancy, zwangerschap, grossesse : max. 15 weeks, weken, semaines art.91 §3 L.-W. 29.4.1996

*In case of sickness :*

- ◆ *Indien het een ziekte betreft :*
- S'il s'agit d'une maladie :*

nature of the sickness - aard - nature de l'affection :

.....  
.....  
.....

development	<input type="checkbox"/>	worsening	<input type="checkbox"/>	slow evolution	<input type="checkbox"/>	recovery
vermoedelijk verloop :	<input type="checkbox"/>	verergering	<input type="checkbox"/>	traag verloop	<input type="checkbox"/>	genezing
évolution probable	<input type="checkbox"/>	aggravation	<input type="checkbox"/>	évolution lente	<input type="checkbox"/>	guérison

*In case of an accident :*

- ◆ *Indien het een ongeval betreft :*
- En cas d'accident :*

date of the accident :

datum van het ongeval : .....

date de l'accident :

nature of the injuries - aard van het letsel - nature des lésions :

.....  
.....  
.....

development	<input type="checkbox"/>	worsening	<input type="checkbox"/>	slow evolution	<input type="checkbox"/>	recovery
vermoedelijk verloop :	<input type="checkbox"/>	verergering	<input type="checkbox"/>	traag verloop	<input type="checkbox"/>	genezing
évolution probable	<input type="checkbox"/>	aggravation	<input type="checkbox"/>	évolution lente	<input type="checkbox"/>	guérison

*In case of pregnancy :*

- ◆ *Indien het een zwangerschap betreft :*
- S'il s'agit d'une grossesse :*

estimated date of birth :

vermoedelijke bevallingsdatum : .....

date à laquelle l'accouchement est prévu :

Identification of the doctor of medicine  
Identificatie van de geneesheer  
Identification du médecin

Date and signature of doctor  
Datum en handtekening van de geneesheer  
Date et signature du médecin