



DG VII Sécurité sociale d'outre-mer – Service prestations périodiques

Correspondant :
Vincent De RuyterTéléphone :
02/509 20 70email :
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be**A5 - CERTIFICAT MEDICAL DE CONSOLIDATION** A faire compléter, signer et à renvoyer au service.

| | |
|---|-----------------------|
| 1. Nom et adresse du médecin | |
| 2. Nom, prénom et adresse de la victime | |
| 3. Les lésions sont consolidées depuis le | |
| 4. Description des lésions persistantes | |
| 5. Pourcentage probable d'incapacité permanente de travail, suivant le Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.) ou le Guide barème européen d'évaluation des atteintes à l'intégrité physique et psychique. |% (probablement) |

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

 Fait à....., le

(Cachet du médecin et signature)