

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

Correspondant :
Vincent De Ruyter

Téléphone :
02/509 20 70


email :
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be

A6 - CERTIFICAT MEDICAL DE DECES

A faire compléter, signer et à renvoyer au service.

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom et adresse de la victime	
3. Jour, date et heure de l'accident	
4. Description des lésions	
5. La victime est décédée suite à ces lésions le:	

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

 Fait à....., le

(Cachet du médecin et signature)