

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](mailto:prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be)

**A4-CERTIFICAT MEDICAL DE GUERISON  
COMPLETE SANS INCAPACITE  
PERMANENTE DE TRAVAIL**

A faire compléter, signer et à renvoyer au service.

<p>(1) <i>Nom et adresse du médecin</i></p> <p>(2) <i>Cocher la case adéquate</i></p> <p>(3) <i>Nom de la victime</i></p> <p>(4) <i>L'incapacité de travail peut être considérée comme complète ou partielle, en cas d'incapacité partielle veuillez signaler le pourcentage d'incapacité</i></p> <p>(5) <i>Cocher la case adéquate</i></p> <p>(6) <i>Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état préexistant</i></p> <p>(7) <i>Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèse dentaire, etc.)</i></p>	<p>Le soussigné, (1)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>agissant en sa qualité de</p> <p><input type="checkbox"/> médecin consulté par la victime (2)</p> <p><input type="checkbox"/> médecin conseil de l'assureur (2)</p> <p>ayant examiné</p> <p>le .....</p> <p>le (la) dénommé(e)</p> <p>(3) .....</p> <p>victime d'un accident le .....</p> <p>et déclare</p> <p>1. que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après(4)</p> <p>.....</p> <p>2. que la victime a repris une activité professionnelle depuis le .....</p> <p>3. que la victime est guérie depuis le .....</p> <p><input type="checkbox"/> 3.1 sans aucune séquelle (5)</p> <p><input type="checkbox"/> 3.2 avec les séquelles suivantes qui n'entraînent pas d'incapacité de permanente de travail (5)(6)</p> <p>.....</p> <p>4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire. (7)</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
<p>J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.</p> <p> Fait à ....., le .....</p> <p>(Cachet du médecin et signature)</p>	