



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

Correspondant :
Vincent De RuyterTéléphone :
02/509 20 70email :
prestationsperiodiques-om@onssrszls.fgov.be**A3 - CERTIFICAT DE PROLONGATION
L'INCAPACITE DE TRAVAIL**

A faire compléter, signer et à renvoyer au service.

1. Nom et adresse du médecin	
2. Nom, prénom et adresse de la victime	
3. Date de fin de l'incapacité de travail prévue dans le précédent certificat	
4. Nouvelle période d'incapacité temporaire de travail prévue <i>Cocher la case adéquate</i>	<input type="checkbox"/> Incapacité totale de travail dejours, depuis le
	<input type="checkbox"/> Incapacité partielle de travail de%, durantjours
5. Evolution probable des lésions de la victime <i>Cocher la case adéquate</i>	<input type="checkbox"/> Guérison sans séquelles
	<input type="checkbox"/> Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail
	<input type="checkbox"/> Consolidation avec une incapacité probable de%
	<input type="checkbox"/> Décès
6. N'avez-vous aucune suggestion à faire ? (traitement spécial, opération...)	
7. Lieu où la victime se trouve (hôpital ou résidence)	

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

 Fait à,

(Cachet du médecin et signature)