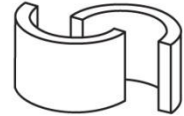


RIJKSDIENST VOOR SOCIALE ZEKERHEID

OPENBARE INSTELLING VAN SOCIALE ZEKERHEID

VICTOR HORTAPLEIN 11 - 1060 BRUSSEL - Tel. 02 509 59 59 - Fax 02 509 30 19 - Internet: www.rsz.fgov.be
Bezoekuren: van 9 tot 11.30 uur of op afspraak alle werkdagen behalve zaterdag



AD VII Overzeese Sociale Zekerheid – Dienst Periodieke Uitkeringen

Contactpersonen :
Anda Martens

Telefoon :
02/509 30 85

email :
periodiekeuitkeringen-osz@onssrszls.fgov.be

Aansluitingsnummer :

MODEL A3 - MEDISCH GETUIGSCHRIFT VERLENGING ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Vóór- én achterzijde behoorlijk invullen en ondertekend aan de Dienst terugzenden.

| | |
|--|--|
| 1. Naam en adres van de geneesheer | |
| 2. Naam, voornamen en adres van de getroffene | |
| 3. Einddatum van arbeidsongeschiktheid zoals voorzien in een vorige medische verklaring. | |
| 4. Nieuwe periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid die voorzien wordt <i>Het gepaste vakje aankruisen</i> | <input type="checkbox"/> Volledige arbeidsongeschiktheid van dagen, vanaf..... <input type="checkbox"/> Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van%, gedurendedagen |
| 5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels <i>Het gepaste vakje aankruisen</i> | <input type="checkbox"/> Genezing zonder enig restletsel <input type="checkbox"/> Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben <input type="checkbox"/> Consolidatie met een blijvende invaliditeit van.....% <input type="checkbox"/> Overlijden |
| 6. Voorstel inzake behandeling | |

| | |
|---|--|
| 7. Plaats waar het slachtoffer verzorgd wordt | |
| <p>Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.</p> <p>✍ Te....., op</p> <p>(handtekening en stempel geneesheer)</p> | |