

OVERSEAS CONTACT

Amélie Elie
02 509 38 22
Pascale Domken
02 509 20 84
prestationsperiodiques-om@onssrsziss.fgov.be

ADRESSE

Place Victor Horta 11
1060 Bruxelles

A2 - CERTIFICAT DE PREMIERE CONSTATATION

À faire compléter, signer et à renvoyer au service

| | |
|--|---|
| 1. Nom et adresse du médecin | |
| 2. Nom, prénom et adresse de la victime | N° d'affiliation : _____/_____ |
| 3. Description des lésions (sorte et nature des lésions ainsi que les parties du corps atteintes – fracture du bras, contusions, lésions internes...) | |
| 4. Incapacité temporaire de travail Cocher la case adéquate | Pas d'arrêt de travail |
| | Incapacité totale de travail de ___ ___ jours, depuis le ___/___/_____ |
| | Incapacité partielle de travail de ___ %, durant ___ ___ jours |
| 5. Evolution probable des lésions de la victime Cocher la case adéquate | Guérison sans séquelles |
| | Guérison avec séquelles, qui n'entraîne pas une incapacité permanente de travail |
| | Consolidation avec incapacité probable de ___ ___ % |
| | Décès |
| 6. L'incapacité de travail résulte-t-elle normalement des lésions mêmes, sans intervention d'autres causes ? | Oui Non |
| 7. Les lésions sont-elles influencées par un état de santé antérieur ? | Oui (courte description) Non |
| 8. N'avez-vous aucune suggestion à faire? (traitement spécial, opération ...) | |
| 9. Lieu où la victime se trouve : (hôpital ou résidence) | |

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

Fait à le ___/___/_____

Signature*

(*) Signature électronique et manuscrite autorisées