

OVERSEAS CONTACT

Stijn Blommaert
02 509 33 60
periodiekeuitkeringen-osz@onssrsz.lss.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

A5 - MEDISCH GETUIGSCHRIFT CONSOLIDATIE

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. De letsels zijn geconsolideerd vanaf | ___/___/_____ |
| 4. Beschrijving van de restletsels | |
| 5. Percentage van de vermoedelijke blijvende arbeidsongeschiktheid, volgens de officiële Belgische schaal ter bepaling van de Graad van Invaliditeit of de Europese schaal voor de beoordeling van aantastingen van de fysieke en psychische integriteit. | Waarschijnlijk _____ % |

Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Opgemaakt te op ___/___/_____

Handtekening*

(*) Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan