

OVERSEAS CONTACT

Anda Martens
02 509 30 85
Chantal Bleyaert
02 509 20 18
periodiekeuitkeringen-osz@onsrszls.fgov.be

ADRES

Victor Hortaplein 11
1060 Brussel

REKENINGNUMMER

IBAN: BE56 6790 0735 1788
BIC: PCHQBEBB

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 getroffen(e)	
3. Einddatum van arbeidsongeschiktheid zoals voorzien in een vorige medische verklaring.	
4. Nieuwe periode van tijdelijke arbeidsongeschiktheid die voorzien wordt Het gepaste vakje aankruisen	<input type="radio"/> Geen werkonderbreking <input type="radio"/> Volledige arbeidsongeschiktheid van ____ dagen, vanaf __/__/____ <input type="radio"/> Gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid van ____ %, gedurende ____ dagen
5. Waarschijnlijke gevolgen van de vastgestelde letsels Het gepaste vakje aankruisen	<input type="radio"/> Genezing zonder enig restletsel <input type="radio"/> Genezing met restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben <input type="radio"/> Consolidatie met een blijvende invaliditeit van ____ % <input type="radio"/> Overlijden
6. Voorstel inzake behandeling	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Neen
7. Plaats waar het slachtoffer verzorgd wordt	<input type="radio"/> Ja (korte beschrijving gewenst) <input type="radio"/> Neen

Ik verklaar dit formulier naar waarheid ingevuld te hebben.

Opgemaakt te op __/__/____

Handtekening*

(* Zowel elektronische als handgeschreven handtekening toegestaan)