

MOD. A3 : CERTIFICAT DE PROLONGATION D'INCAPACITE

Identification de l'Employeur :

Nom (personne physique) ou Dénomination de l'Entreprise :
Branche d'activités :
Adresse physique :
E-mail :@.....
N°Téléphone :
Siege d'exploitation :

N° d'affiliation de l'employeur

SECRET MEDICAL

Identification de la victime de l'accident

N° d'immatriculation du Travailleur

Nom, Post-nom et Prénom : Sexe F/M :
Lieu et Date de naissance : le
Province : Territoire/Commune : Village :
Adresse physique :
N°Téléphone : E-mail :@.....
N° Carte d'identité :

Nom du déclarant :
Qualité du déclarant :
Adresse physique :

CONFIDENTIEL

Renseignements d'ordre médical :

Nom du Médecin : CNOM.....
Dénomination de l'hôpital ou du centre de santé :
Adresse :
Description détaillée et aussi exacte que possible des lésions :
.....
.....
.....

Nouvelle période d'incapacité de travail à prévoir :

- Incapacité totale de jours, soit du au
- Incapacité partielle de %, pendant jours.

Evolution probable de l'état de la victime : guérison complète sans suite / décès / incapacité permanente dejrs

Lieu où se trouve la victime :

Si la victime est hospitalisée, indiquer la date de début et la période d'hospitalisation à prévoir :
.....

La victime a-t-elle besoin d'une réadaptation d'une rééducation d'un reclassement

NB : Le certificat de prolongation d'incapacité, MOD. A3, est établi lorsque l'incapacité de travail dépasse trente (30) Jours ; il doit être renouvelé pour chaque période de nonante (90) jours.

Fait à, le/...../.....

SIGNATURE ET SCEAU DU MEDECIN

Ce certificat doit être envoyé par la voie la plus rapide à
La Caisse Nationale de Sécurité Sociale