CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL

d'une personne assujettie à la législation d'un Etat autre que la Belgique, en séjour ou résidence en Belgique

Information préliminaire pour l'assuré étranger:

- Etes-vous assuré social dans un Etat membre de l'Union européenne, l'Espace économique européen ou la Suisse ? Envoyez alors ce certificat directement à l'institution compétente de cet Etat pour évaluer votre droit aux indemnités d'incapacité de travail (article 27 du Règlement (CE) 987/2009).
- Etes-vous assuré social dans un pays avec lequel la Belgique a conclu une convention bilatérale particulière en matière de déclaration d'incapacité en cas de résidence ou de séjour temporaire en Belgique (Maroc, Tunisie, Algérie, Turquie, Serbie, Monténégro, Macédoine, Bosnie-Herzégovine, Albanie) ? Apportez immédiatement ce certificat complété à une mutualité belge de votre choix. Cette mutualité se chargera d'un contrôle médical supplémentaire et de déclarer votre incapacité auprès de l'institution étrangère.

À remplir par l'assuré étranger

Nom et prénoms : .....

Date de naissance.....

Sexe : ☐ M ☐ F

Pays où vous êtes assuré social .....

Numéro d'inscription auprès de l'institution étrangère ....

Résidence principale.....

Adresse à laquelle le titulaire se tient à la disposition du contrôle

.....

Ce certificat concerne: le début de cette incapacité ☐ OUI ☐ NON

une prolongation de cette incapacité ☐ OUI ☐ NON

Situation professionnelle <u>au moment du début de l' incapacité de travail</u>:

☐ salarié(e) : .....description)

☐ indépendant(e): .....description)

☐ chômeu(r)(se)

L'incapacité est en lien avec : ☐ un accident ☐ une maladie professionnelle ☐ une autre maladie

---

SECRET MÉDICAL : à remplir par le médecin traitant

Sur base de mon examen clinique et des données médicales dont je dispose ce jour, je soussigné, docteur en médecine, atteste avoir constaté que la personne susmentionnée est incapable de travailler

du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ (inclus)

Diagnostic ou symptomatologie, et/ ou troubles fonctionnels

.....

.....

.....

Des difficultés professionnelles ou sociales peuvent être mentionnées.

	ICPC-2		ICD-10
Codage facultatif du diagnostic principal :		ou	

L' intéressé(e) est ou sera hospitalisé(e) à partir du ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

En cas de grossesse, date présumée de l'accouchement: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Identifications du médecin avec numéro INAMI Date et signature du médecin

Institut National d'assurance Maladie Invalidité

À affranchir

CONFIDENTIEL

CERTIFICAT D'INCAPACITE DE TRAVAIL