

Medisch getuigschrift

Pension@work – Arbeidsongeschiktheid

Contractnummer :

Onze referentie :

In te vullen door de behandelende arts of door de huisarts.

Naam en voornaam van de verzekerde :

Geboortedatum :

Postcode en Gemeente :

Ziekte

Begindatum van de eerste medische klachten :

Ongeval

Datum van het ongeval :

■ Diagnose van de ziekte / beschrijving van de letsels (aard, lateralisatie, omvang) :

Datum van de diagnose :

■ Sinds welke datum verzorgt u de verzekerde voor deze aandoening of dit ongeval ?

Werd of is de verzekerde door een andere arts dan u verzorgd ? ja neen Zo ja, sinds wanneer ?

Naam, specialisatie en adres :

Lijdt of leed de verzekerde aan een of andere ziekte ? ja neen Zo ja, welke ?

Wat is de invloed ervan op deze ziekte of op de letsels ?

■ Zo de verzekerde werd opgenomen, benaming van het ziekenhuis :

Opname van : tot en met : of voorziene duur :

Heeft de verzekerde een heelkundige ingreep ondergaan en/of zal hij er ondergaan ? ja neen

Zo ja, aard van de ingreep (of ingrepen) :

Datum (of vermoedelijke datum) :

■ Uitgevoerde onderzoeken en behandelingen (*) :

Voorziene onderzoeken en behandelingen :

Vermoedelijke evolutie :

■ Periodes van arbeidsongeschiktheid of tijdelijke invaliditeit

Van tot en met graad : %

Van tot en met graad : %

Voorziene datum van werkhervatting :

Bestendige invaliditeit, begindatum : graad : % datum consolidatie :

Zwangerschap of bevalling

Reden van de arbeidsongeschiktheid :

Bij zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum :

Bij bevalling, datum van de bevalling :

Datum aanvang moederschaprust :

Opgemaakt te

, op

Handtekening en stempel van de arts

(*) *Gelieve de resultaten van technische onderzoeken en/of analyses of andere medische verslagen mee te sturen.*

Dit MEDISCH GETUIGSCHRIFT moet samen met de AANGIFTE opgestuurd worden naar de adviserende arts van AG Insurance, AG Insurance - Claims Corporate Income Care, E. Jacqmainlaan 53 (1JQ5B) te 1000 Brussel.