

Medisch getuigschrift

e-volulife

GROEP Nr. _____

Dit document moet door de behandelende geneesheer of door de huisarts ingevuld worden.
Bij een bevalling moet het niet ingevuld worden.

In ieder geval **1** + **2** ingeval van **Ziekte** + **4** zo het contract de **Invaliditeit** dekt
3 ingeval van **Ongeval**

Vertrouwelijk

Dit getuigschrift is bedoeld om de adviserend geneesheer van Ag Insurance in te lichten over de aard van de medische zorgen die aan de belanghebbende verstrekt worden en over de duur en de graad van de eventuele arbeidsongeschiktheid.

1 Identiteit verzekerde en gegevens ziekenhuisopname

Naam en voornamen van de belanghebbende (in blokletters) _____

Geboortedatum _____

Diagnose en/of symptomen van de aandoening _____

Sedert welke datum verzorgt U de belanghebbende voor dit ongeval of voor deze aandoening ? _____

Zo de belanghebbende in een verpleeginrichting werd opgenomen, in welke inrichting ? (Benaming en adres) _____

Datum van opname _____ Voorziene duur _____

Heeft de belanghebbende een heelkundige ingreep ondergaan of zal hij er een ondergaan ? **Ja** **Neen**

Zo **ja**, aard van de ingreep (eventueel medische code) _____

Datum (of vermoedelijke datum) _____

Mag de belanghebbende zijn woning verlaten ? **Ja** **Neen**

2 Ingeval van Ziekte

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen ? _____

Is de huidige ziekte het gevolg van een vroeger opgelopen gebrekkigheid of ziekte ? **Ja** **Neen**

Zo **ja**, welke ? _____ Sinds wanneer ? _____

Werd de belanghebbende reeds door een andere geneesheer dan U verzorgd ? – voor de vroegere aandoening ? **Ja** **Neen**

– voor de huidige ziekte ? **Ja** **Neen**

Zo **ja**, naam en adres _____

3 Ingeval van Ongeval

Datum van het ongeval _____ om _____ uur

Gelieve de letsels in detail te beschrijven (aard, lokalisatie, omvang, enz.)... _____

Hebben de letsels een weerslag op de omliggende organen ? **Ja** **Neen** – Zo **ja**, dewelke ? _____

Leed de belanghebbende vóór het ongeval aan een of andere gebrekkigheid of ziekte ? **Ja** **Neen** – Zo **ja**, dewelke ? _____

Wordt de evolutie van de letsels erdoor beïnvloed ? **Ja** **Neen** – Zo **ja**, hoe ? _____

4 Zo het contract de Invaliditeit dekt

Aanvang van de arbeidsongeschiktheid ? (juiste datum) _____

Is de huidige arbeidsongeschiktheid volledig ? **Ja** **Neen** – Verwachte duur _____ (vanaf de hierboven vermelde datum)

Zo **neen**, wat is het percentage ervan ? _____ % – Verwachte duur _____ (vanaf de hierboven vermelde datum)

Welke zal, naar uw mening, de evolutie van de arbeidsongeschiktheid zijn ? _____

Te _____, op _____

Handtekening en stempel van de geneesheer,