

Collectieve Ongevallenverzekering

Medisch Attest - In te vullen door uw arts

Contract Nr.: Schadegeval Nr.:

Gelieve dit medisch attest over te maken via onderstaand mailadres of postadres met de vermelding "Ter attentie van de raadsgeneesheer van AG Insurance"

E-mail: claimsA0@aginsurance.be

Postadres: AG Insurance, Emile Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Verklaart persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht:

Naam en Voornaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboren op: / / te:

Naar aanleiding van haar/zijn ongeval op: / /

Gevolgen van het ongeval

• Datum 1ste raadpleging in verband met het ongeval: / / Uur:

• Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

• Werdt het slachtoffer gehospitaliseerd? ☐ Ja, van / / tot / / ☐ Neen

• Is of was het slachtoffer tijdelijk ongeschikt? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

• Het slachtoffer is: ☐ hersteld sinds / / ☐ Nog in behandeling tot / / (vermoedelijke datum)

en is hersteld of zal herstellen ☐ zonder blijvende ongeschiktheid ☐ met een blijvende ongeschiktheid van %

• Bijkomende inlichtingen:

Opgemaakt te op / /

Handtekening en stempel van de arts: