

**Medisch getuigschrift**

Zend uw dossier naar:  
**AG Insurance**  
**Medische dienst Health Care – 1B04D**  
**E. Jacquainlaan 53**  
**1000 Brussel**

Vertrouwelijk

**Dit document moet door de behandelende geneesheer ingevuld worden.**

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 arbeidsongeschiktheid. Bij een **bevalling** moet enkel het eerste gedeelte ingevuld worden.

**1. In te vullen door de verzekerde in alle gevallen**

Groepsnummer :  of contractnr of refertes indien gekend :.....

Identiteit verzekerde : Naam : ..... Voornaam :.....

Geboortedatum :  /  /

**■ In te vullen in geval van een bevalling**

Aanvang van de bevallingsrust :  /  /  Exacte datum van de bevalling :  /  /

Einde van de bevallingsrust :  /  /

**2. In te vullen door de geneesheer**

**■ In te vullen in geval van ziekte**

Diagnose en/of symptomen van de aandoening : .....

Sedert welke datum verzorgt U de belanghebbende voor deze aandoening ?  /  /

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen ?  /  /

Werd de belanghebbende reeds door een andere geneesheer dan U verzorgd ?

- voor een vroegere aandoening ?  Neen  Ja Zo ja, naam en adres : .....

- voor de huidige ziekte ?  Neen  Ja Zo ja, naam en adres : .....

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 één ondergaan ?  Neen  Ja

Zo ja, aard van de ingreep (eventueel medische code) : .....

Datum (of vermoedelijke datum) :  /  /

**■ In te vullen in geval van een ongeval**

Datum van het ongeval :  /  /  om  :  uur

Aard van het ongeval :  Privé  Werk  Verkeer  Sport  Andere : .....

Gelieve de letsels in detail te beschrijven (aard, lokalisaties, omvang, ...): .....

.....

**■ Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:**  /  /  (exacte datum)

Eventuele datum van werkhervatting :  /  /

Is de huidige arbeidsongeschiktheid volledig ?  Neen  Ja verwachte duur : ..... (na aanvangsdatum)

Zo neen, wat is het percentage ervan ? ..... % verwachte duur : ..... (na aanvangsdatum)

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

.....

Opgemaakt te ....., op ..... /..... /.....

Handtekening en stempel van de geneesheer,