

Ärztliches Attest

Gruppenversicherung - e-volulife



Dieses Attest soll den Vertrauensarzt von AG über die Art der beim Betroffenen erfolgten Behandlung und über die Dauer sowie den Grad der etwaigen Arbeitsunfähigkeit informieren.

Lassen Sie den zweiten Teil dieses Dokuments durch Ihren behandelnden Arzt ausfüllen.

Bei einer Entbindung lassen Sie nur den ersten Teil ausfüllen.

Senden Sie dieses Formular an: AG Insurance,
Ärztliche Dienststelle Health Care - 1JQ5D, Bd E. Jacquain 53, 1000 Brüssel

VERTRAULICH

1. Identität des Versicherten und Daten zur Krankenhausaufnahme

Gruppe Nr: und/oder anderes Kennzeichen (z.B. Ihre Kartenummer):

Identität des Versicherten: Name: Vorname:

Geburtsdatum: / /

Bei einer Entbindung auszufüllen

Anfang der Schwangerschaftsurlaub: / /

Genaueres Datum der Entbindung: / /

Ende der Schwangerschaftsurlaub: / /

2. Vom behandelnden Arzt auszufüllen

Bei Krankheit

Diagnose und/oder Symptome der Erkrankung:

Wann sind die ersten Zeichen zutage getreten? / /

Seit wann ist der Betroffene wegen dieses Unfalls oder dieser Erkrankung bei Ihnen in Behandlung? / /

Ist die heutige Erkrankung die Folge einer Behinderung oder einer Erkrankung aus der Vergangenheit? Nein Ja

Wenn Ja, welche? Seit wann? / /

Wurde der Betroffene von anderen Ärzten als von Ihnen behandelt

- wegen der oben genannten Vorerkrankung? Nein Ja

Wenn Ja, Name und Anschrift:

- wegen der jetzigen Krankheit? Nein Ja

Wenn Ja, Name und Anschrift:

Falls der Betroffene stationär behandelt wird, Name und Anschrift der Anstalt angeben:

Beginn des Krankenhausaufenthalts: / / Voraussichtliche Dauer:

Ist beim Betroffenen ein chirurgischer Eingriff erfolgt oder erforderlich? Nein Ja

Wenn Ja, Art des chirurgischen Eingriffs (ggf. medizinischer Code):

Datum [oder voraussichtliches Datum]: / /

Bei Unfall

Unfall eingetreten am: / / um : Uhr

Art des Unfalls: Privatleben Verkehr Sport Arbeit Sonstige:

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Verletzung [Art, Lokalisation, Umfang, usw.]:

.....
.....
.....

Hat die Verletzung Auswirkungen auf die umliegenden Organe? Nein Ja

Wenn Ja, welche?

Hatte der Betroffene vor dem Unfall irgendein gebrochen oder irgendein Leiden? Nein Ja

Wenn Ja, welche?

Hat es einen Einfluss auf den Heilungsverlauf bei der Verletzung? Nein Ja

Wenn Ja, welche?

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

..... / / (genaues Datum)

Eventuelles Datum der Wiederaufnahme der Arbeit: / /

Handelt es sich bei der jetzigen Arbeitsunfähigkeit um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit?

Ja Nein, Voraussichtliche Dauer: [ab dem o.a. Datum]

Wenn Nein, bitte Grad der Arbeitsunfähigkeit angeben? %

Voraussichtliche Dauer: [ab dem o.a. Datum]

Wie wird sich die Arbeitsunfähigkeit Ihrer Meinung nach entwickeln?

.....
.....
.....
.....
.....

Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

- Ich, der Unterzeichnete, stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Beschreibung des Risikos und/oder der Schadensabwicklung, inkl. der Erstellung von Statistiken zu.
- Ich stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit strafrechtlichen Verurteilungen und Straftaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Verarbeitung meines Schadensfalles zu.

AG ist verantwortlich für die Verarbeitung und verpflichtet sich, den Verpflichtungen nachzukommen, die sich aus der anwendbaren Gesetzgebung ergeben.

Ich wurde über mein Recht informiert, dass ich jederzeit meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten zurückziehen kann. Ich erkenne an, dass AG in diesem Fall Insurance die vertragliche Beziehung möglicherweise nicht erfüllen kann.

Ausgestellt in am / /

Unterschrift des Versicherten:

Unterschrift und Stempel des Arztes:

