

Medisch getuigschrift

Groepsverzekering (Health Care) - e-volulife



Dit document geeft de adviserende arts van AG meer informatie over de aard van de medische zorgen en over de duur en de graad van de arbeidsongeschiktheid.

Laat het tweede deel van dit document door uw behandelende arts invullen.

Bij een bevalling moet u alleen het eerste deel invullen.

Stuur dit document naar: AG Insurance, T.a.v. adviserende arts,
Medische Dienst Health Care - 1JQ5B, E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel

VERTROUWELIJK

1. In te vullen door de verzekerde in alle gevallen

Groepsnummer: en/of andere referentie (bv. het nummer op uw kaart):

Identiteit verzekerde: Naam: Voornaam:

Geboortedatum: / /

In te vullen bij een bevalling

Aanvang van de bevallingsrust: / /

Exacte datum van de bevalling: / /

Einde van de bevallingsrust: / /

2. In te vullen door de arts

In te vullen bij ziekte

Diagnose en/of symptomen van de aandoening:

Sinds welke datum verzorgt u de belanghebbende voor deze aandoening? / /

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen? / /

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

Zo ja, dewelke? Sinds wanneer? / /

Werd de belanghebbende al door een andere arts verzorgd?

- Voor een vroegere aandoening? Neen Ja

Zo ja, naam en adres:

- Voor de huidige ziekte? Neen Ja

Zo ja, naam en adres:

Als 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 bij een ongeval

Datum van het ongeval: / / om : uur

Aard van het ongeval: Privé Verkeer Sport Werk Andere:

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

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

Hebben de letsels een weerslag op de omliggende organen? Neen Ja

Zo ja, dewelke?

Leed de belanghebbende vóór het ongeval aan een of andere gebrekkigheid of ziekte? Neen Ja

Zo ja, dewelke?

Wordt de evolutie van de letsels erdoor beïnvloed? Neen Ja

Zo ja, dewelke?

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]

Hoe schat u de evolutie van de arbeidsongeschiktheid in?

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

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval, met inbegrip van de opmaak van statistieken.
- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van mijn persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en overtredingen door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval.

AG is de verantwoordelijke voor de verwerking van die gegevens en verbindt er zich in dit kader toe de verplichtingen voortvloeiend uit de toepasselijke privacywetgeving na te leven.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG in dat geval de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde:

Handtekening en stempel van de arts:

