

# Medisch getuigschrift

## Groepsverzekering (Health Care)



Dit document geeft de adviserende arts van AG Insurance 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. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel

VERTROUWELIJK

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

Groepsnummer: ..... en/of andere referte (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? ..... / ..... / .....

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, ...]: .....

## 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? .....

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

Handtekening van de verzekerde:

Handtekening en stempel van de arts: