

ASR nummer :

WERKGEVER :

Naam/Benaming

Adres :

Polisnr.

MEDISCH ATTEST

Aan VIVIUM te zenden

	Eerste onderzoek : Datum	Uur
(1) Naam, voornamen, hoedanigheid, adres	De ondergetekende (1)	
(2) Naam, voornamen, adres van de getroffene	heeft (2)	
(3) Vermelden : de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen (armbreuk, hoofd- of vingerkneuzing, inwendig letsel, verstikking, enz.)	onderzocht na het ongeval dat hem op is overkomen	
(4) de zekere of vermoedelijke gevolgen van het vastgestelde letsel vermelden : overlijden, algehele of gedeeltelijke blijvende ongeschiktheid, algehele of gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van die tijdelijke ongeschiktheid	Hij verklaart : 1. dat het ongeval volgende letsels heeft veroorzaakt (3)	
(5) De geneesheer dient vast te stellen of die ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook	2. dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) (4)	
(6) Vermelden waar de getroffene verzorgd wordt	3. dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op (5)	
	4. dat de getroffene verzorgd wordt (6)	

Opgesteld te, op

De geneesheer, (handtekening)

Maatschappelijke zetel
Koningsstraat 153, 1210 Brussel
TEL. + 32 (0)2 406 38 97 - FAX+32 (0)2 406 38 98
E-MAIL: contact@vivium.be

Postadres – Zetel Antwerpen
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen
TEL. +32 (0)3 244 66 88 - FAX +32 (0)3 244 66 87
www.vivium.be

ING 320-0002736-90
IBAN BE34 3200 0027 3690
BIC BBRUBEBB
RPR Brussel - BTW BE 0404.500.094

VIVIUM N.V., verzekeringsonderneming toegelaten door de CBFA onder codenummer 0051.