



MEDISCH EVOLUTIE-ATTEST

(in te vullen door de behandelende arts)

Betreft: Uw referte:
Onze referte:
Polisnummer:
Schadegeval van:

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Verklaart dat:

Naam:

Adres:

slachtoffer van een ongeval op

- tijdelijk ongeschikt is om de dagelijkse werkzaamheden uit te oefenen (beroepsactiviteit, studies, huishouden)

Periodes en percentages ongeschiktheid:

Van tot inbegrepen aan %

Van tot inbegrepen aan %

Van tot inbegrepen aan %

- nog onder medische behandeling is, in afwachting van genezing van de verwondingen opgelopen in dit ongeval.

- Volledig genezen zal zijn vanaf

N.V. ARCES

Lid van de P&V Groep
info@arces.be
schadegevallen@arces.be
www.arces.be

Maatschappelijke zetel:

Route des Canons, 2 b
B - 5000 NAMEN
Tel : +32 81 74 43 44
Fax : +32 81 74 49 17

Uitbatingzetel

Desguinlei, 92
B - 2018 ANTWERPEN
Tel : +32 3 259 19 70
Fax : +32 3 259 19 71

RPR/BTW BE 0455.696.397

IBAN BE 20 06823473 3256
BIC : GKCCBEBB

Verzekeringsonderneming erkend
onder codenummer 1400

Blijvende letsels (beschrijving en prognose van de evolutie)

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

Opgemaakt op te

Handtekening en stempel van de arts