

# Medisch attest in te vullen door de geneesheer

VERTROUWELIJK

## Gelieve volgende documenten naar onderstaand adres te sturen:

- dit medisch attest, volledig ingevuld door uw geneesheer
- het volledige medische dossier
- het hospitalisatieverslag in verband met uw werkonbekwaamheid

Delta Lloyd Life – Claims & Benefits Customer Care

Ter attentie van de raadgevende geneesheer

Fonsnylaan 38

1060 Brussel

[customercare@deltalloydlife.be](mailto:customercare@deltalloydlife.be)

## Gegevens van de verzekerde

Contractnummer : .....

Naam en voornaam: .....

Geboortedatum: .....

rechtshandig     linkshandig     beide

Sedert welke datum verzorgt u de verzekerde voor dit ongeval of voor deze aandoening? ...../...../.....

Indien hospitalisatie, voorziene periode van ...../...../..... tot en met ...../...../.....

Heeft de verzekerde een heelkundige ingreep ondergaan of zal hij er een ondergaan?     Ja     Neen

Zo ja, op welke datum: ...../...../.....

Aard van de ingreep + medische code: .....

Werd de verzekerde gehospitaliseerd?     Ja     Neen

Zo ja, op welke datum: van ...../...../..... tot ...../...../.....

Aard van de ingreep + medische code: .....

Diagnose en/of symptomen van de huidige aandoening: .....

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

Wanneer werden de eerste symptomen waargenomen? ...../...../.....

Kan een vroegere kwaal of ziekte de vatbaarheid voor de huidige ziekte of aandoening verhoogd hebben?

Ja  Neen

Zo ja, welke: .....

Sinds wanneer lijdt de verzekerde aan deze kwaal of ziekte: ...../...../.....

Werd de verzekerde reeds door een andere geneesheer verzorgd?  Ja  Neen

Zo ja, gelieve naam, adres en specialiteit van deze geneesheer te vermelden: .....

.....

**In geval van ongeval, gelieve onderstaand deel in te vullen:**

Datum en uur van het ongeval : .... / ..... / ..... om ..... uur voor-/ namiddag

Gelieve de letsels in detail te beschrijven (aard, locatie, aanvang, etc.):

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

Leed de verzekerde vóór het ongeval aan een andere aan doening of ziekte?  Ja  Neen

Zo ja, welke? .....

.....

**Inlichtingen in verband met de arbeidsongeschiktheid (periode en graad):**

Begin van de arbeidsongeschiktheid (exacte datum): ...../...../.....

Fysiologische ongeschiktheid: van ...../...../..... tot en met ...../...../..... aan ..... %

Economische ongeschiktheid: van ...../...../..... tot en met ...../...../..... aan ..... %

Deeltijdse werkhervatting voorzien op ...../...../..... aan .....%

Volledige werkhervatting voorzien op ...../...../.....

Verlaten van de woonst toegelaten  Ja  Neen

Eventuele opmerkingen : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Waarschuwing voor de arts:**

We behandelen de verzamelde informatie van dit document op strikt vertrouwelijke wijze en volgens de regels van de medische deontologie verbonden aan het beroepsgeheim .

Gelieve detailsof data toe te voegen bij de bevestigende antwoorden wanneer dat wordt gevraagd. Door dit document aan te vullen, verklaart u, als behandelende arts, dat de informatie die u geeft juist en volledig is en geschikt als basis voor de beoordeling van het risico door de verzekeraar. Uw verklaringen zijn bindend voor de verzekerde. Bijgevolg is de verzekeringsovereenkomst nietig in geval van het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens.

**Datum & Handtekening**

Datum: ...../...../.....

Naam en voornaam van de geneesheer: .....

Handtekening en stempel: .....