

Arbeidsongeschiktheid – Invaliditeit

Medische Vragenlijst

VERTROUWELIJK



Contractnummer:

Referentie van het dossier [facultatief]:

In te vullen door de behandelende arts of door de huisarts

Naam en voornaam van de verzekerde:

Geboortedatum: / /

Postcode en gemeente:

Zwangerschap of bevalling

Reden arbeidsongeschiktheid:

Bij zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum: / /20

Bij bevalling, datum van de bevalling: / /20

Datum aanvang moederschapsrust: / /20

In te vullen bij ziekte of ongeval

Begindatum van de eerste klachten: / /20

Datum van het ongeval: / /20

Diagnose van de ziekte / beschrijving van de letsels (aard, lateralisatie, omvang)

.....

.....

.....

.....

Datum van de diagnose: / /20

Sinds welke datum verzorgt u de verzekerde voor deze ziekte of dit ongeval?

..... / /20

Wordt of werd de verzekerde door een andere arts dan u verzorgd? ☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, sinds wanneer? / /20

Naam, specialisatie en adres van deze arts:

.....

.....

Lijdt of leed de verzekerde aan een andere ziekte? ☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, welke?

Wat is de invloed ervan op deze ziekte of op de letsels?

.....

.....

.....

.....

Indien de verzekerde werd opgenomen, naam van het ziekenhuis:

Datum van opname: / / 20..... tot en met / / 20.....

Of voorziene duur:

Heeft de verzekerde een heelkundige ingreep ondergaan of moet hij er een ondergaan? ☐ Nee ☐ Ja

Zo ja, aard van de ingreep (of ingrepen):

Datum (of vermoedelijke datum) van de ingreep (of ingrepen) : / / 20.....

Onderzoeken en behandelingen [technische onderzoeken en/of analyses of andere medische verslagen]

Uitgevoerde of voorziene onderzoeken en behandelingen:

Vermoedelijke evolutie:

Periodes van arbeidsongeschiktheid of tijdelijke invaliditeit

Van / / 20..... tot en met / / 20..... Graad: %

Van / / 20..... tot en met / / 20..... Graad: %

Voorziene datum van werkhervatting: / / 20.....

Permanente invaliditeit

Begindatum: / / 20..... Graad: %

Consolidatiedatum: / / 20.....

Opgemaakt te op / / 20.....

Handtekening en stempel van de arts:

Stuur deze medische vragenlijst, samen met de ingevulde aangifte:

- Ofwel met de post naar AG Insurance, ter attentie van de adviserende arts,
Claims / 1JQ3A, E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel
- Ofwel via e-mail naar claims@aginsurance.be