


MEDISCH ATTEST VAN GENEZING ZONDER BLIJVENDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

Ongeval overkomen op ____/____/____ om ____ U ____

Slachtoffer
Onze verzekerde

Geboren op : ____/____/____

Ik ondergetekende, dokter in de geneeskunde, in de hoedanigheid van

geneesheer geraadpleegd door het slachtoffer (1)

adviserend geneesheer van de verzekeraar (1)

Naam + voornaam : :

Adres : Bus

Postcode + woonplaats :

Verklaar, na onderzoek van het slachtoffer op ____ / ____ / ____ om ____ u ____ :
1. Dat het ongeval overkomen op ____ / ____ / ____ om ____ u ____ aanleiding heeft gegeven tot volgende periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid : (2)

2. Dat het slachtoffer het werk hervat heeft (of zal hervatten) op ____ / ____ / ____
3. Dat het slachtoffer genezen is sinds ____ / ____ / ____

zonder het minste letsel (1)

met de volgende letsels (met vermelding of deze letsels van aard zijn een eventuele reeds bestaande toestand te beïnvloeden) : (1)

die geen blijvende arbeidsongeschiktheid tot gevolg hebben. (1)

4. Dat de genezing bekomen werd na de toekenning van de volgende prothesen of orthopedische apparaten, waarvan het gebruik als noodzakelijk erkend werd :

Document opgesteld te _____ , op ____ / ____ / ____ (Handtekening geneesheer)

 (1) Schrapen wat niet past.

(2) Percentage vermelden bij gedeeltelijke tijdelijke arbeidsongeschiktheid.