

Medische vragenlijst

Arbeidsongeschiktheid - Invaliditeit



VERTROUWELIJK

Contractnummer:

Onze referentie:

In te vullen door de behandelende arts of door de huisarts.

Naam en voornaam verzekerde:

Geboortedatum:

Postcode: Plaats:

Bij zwangerschap of bevalling

Reden van de arbeidsongeschiktheid:

☐ Zwangerschap, vermoedelijke bevallingsdatum:

☐ Bevalling, die heeft plaatsgevonden op:

Datum aanvang moederschaprust:

Bij ziekte of ongeval

Begindatum van de eerste klachten:

Datum van het ongeval:

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

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

Datum van de diagnose:

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

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

☐ Ja, op / sinds:

☐ Neen

Naam, specialisatie en adres van deze arts:

Lijdt of leed de verzekerde aan een andere ziekte?

☐ Ja, aan volgende ziekte:

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

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

☐ Neen

Indien de verzekerde werd opgenomen in een ziekenhuis

Naam en adres van het ziekenhuis:

Datum van de opname: tot en met

Of voorziene duur:

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

☐ Ja, volgende ingre(e)p(en):

Datum (of vermoedelijke datum) van de ingreep (of ingrepen):

☐ Neen

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 tot en met Graad: %

Van tot en met Graad: %

Voorziene datum van werkhervatting:

Permanente invaliditeit

Begindatum: Graad: %

Consolidatiedatum:

Opgemaakt te op

Handtekening en stempel van de arts

Deze Medische Vragenlijst moet samen met de AANGIFTE worden opgestuurd naar de adviserende arts van
AG Insurance via post 1JP5E, E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel of via mail naar claims.life.broker@aginsurance.be

