

Naam en adres van de behandelende geneesheer

Naam van de behandelende geneesheer:

Adres:

Postcode en plaats:

In geval van ongeval, gelieve onderstaand deel in te vullen

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

Exacte plaats (schets bijvoegen):

Relaas van de feiten:

.....

.....

.....

Beschrijving van de verwonding(en):

.....

Aard van het ongeval: privé-ongeval arbeidsongeval

Bestaat er enig verband met een andere en/of vroegere ziekte of ongeval? Ja Nee

Zo ja, welk verband:

Werd er een proces-verbaal opgemaakt? Ja Nee

Zo ja, wat is de datum en nummer van het PV:/...../..... n°

Gelieve een kopie van het PV toe te voegen bij uw aangifte.

Indien het een arbeidsongeval betreft, naam van de verzekeringsmaatschappij voor arbeidsongevallen en referentie dossier:

Naam en adres:

Verzekeringsmaatschappij:

Polisnummer:

Getuigen

Naam en adres:

Anderere opmerkingen:

.....

Ik verklaar dat de antwoorden op de vragen van deze aangifte eerlijk en volledig zijn. Ik weet dat zij de basis vormen voor het bepalen van het recht op de verzekeringsuitkeringen.

Datum en handtekening

Datum:/...../..... Handtekening van de verzekerde:.....

Gelieve deze documenten bij uw verklaring te voegen: een duidelijk leesbare recto-versokopie van uw **identiteitskaart**, een duidelijk leesbare kopie van de **bankkaart** van de begunstigde(n) (uw persoonlijke bankkaart en/of uw vennootschapsbankkaart), **afwezigheidsattesten**, **medischattest**, indien van toepassing: een kopie van het **proces-verbaal**.

Entreprisse d'assurances agréée sous le n° de code 167 pour les branches vie 21, 22, 23 et 27, la branche 26 capitalisation ainsi que toutes les branches IARD sauf crédit, caution et assistance (A.R. 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - M.B. 14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93 - 10.8.03) - dont le siège social est situé Avenue Fonsny 38, 1060 Bruxelles, Belgique - TVA BE 0403 280 171 - RPM Bruxelles - Delta Lloyd Bank : 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 - BIC BNAGBEBB

PAGE Avenue Fonsny 38
1060 Bruxelles

Tél. +32 (0)2 650 78 40
Fax +32 (0)2 650 77 40

customercare@deltalloydfin.be
www.deltalloydfin.be

Nous investissons en vous **delta lloyd**

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 werkonzekerheidsaanvraag

Delta Lloyd Life – Claims & Benefits Customer Care

Ter attentie van de raadgevende geneesheer, Fonsnylaan 38 te 1060 Brussel
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, oorzaak, etc.):

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

Leed de verzekerde vóór het ongeval aan een andere aandoening 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 werkherhating voorzien op: / / aan %

Volledige werkherhating voorzien op: / /

Verlaten van de woonst toegelaten: Ja Neen

Eventuele opmerkingen:

.....

.....

.....

Datum en handtekening

Datum: / /

Naam en voornaam van de geneesheer:

Handtekening en stempel:

Maatschuwijng 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 details of 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 verzekeringssovereïnkunst nietig in geval van het opzettelijk verzwijgen of onjuist meedelen van gegevens.

Verzekeringsonderneming toegelaten onder het codenummer 167 voor de Takken leven 21, 22, 23 en 27, de Tak 26 kapitalisatie alsook alle BOAR-Takken behalve krediet, borgtocht en hulpverlening (KB 29.3.79 - 18.1.82 - 17.10.88 - 30.3.93 - 85.14.7.79 - 23.1.82 - 4.11.88 - 7.5.93 - 10.8.03) met maatschappelijke zetel te Fonsny/aan 38, 1060 Brussel, België – BTW BE 0403 280 171 RPR Brussel – Delta Lloyd Bank: 646-0302680-54 - IBAN BE42 6460 3026 8054 - BIC BNAG8888

BLAD 272

Fonsny/aan 38
1060 Brussel

TEL +32 (0)2 650 78 40
FAX +32 (0)2 650 77 40

customercare@deltalloydfife.be
www.deltalloydfife.be

Wij investeren in u deltalloyd