

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. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel
- **Ofwel via e-mail** naar claims@aginsurance.be

