



Schadegeval nr. : van

Slachtoffer :

MEDISCH ATTEST VAN GENEZING ZONDER BLIJVENDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

- (1) Naam, voornaam en adres *De ondergetekende, (1)*
.....
- (2) Schrappen wat niet past *handelend in zijn hoedanigheid van :*
- geneesheer geraadpleegd door de getroffen (2)
- raadsgeneesheer van de verzekeraar (2)
onderzocht op
- (3) Naam, voornaam en adres van de getroffen *de genaamde (3)*
getroffen door een ongeval op
.....
en verklaart :
- (4) De arbeidsongeschiktheid kan volledig of gedeeltelijk zijn. In geval van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid dienen de percentages vermeld te worden. *1. dat het ongeval aanleiding heeft gegeven tot volgende periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid (4)*
- (5) Schrappen wat niet past *2. dat de getroffen het werk hervat heeft vanaf*
.....
- (6) Beschrijving van de restletsels. *3.1. zonder enig restletsel (5)*
De geneesheer dient vast te stellen of deze letsels *3.2. met de volgende restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid voor gevolg hebben (5) (6)*
van aard zijn een eventueel voorafbestaande toestand te beïnvloeden
- (7) De aard van het toestel (bril, tandprothese, e.d.) vermelden. *4. dat de genezing bereikt werd na de toekenning van de volgende prothesen of orthopedische toestellen, waarvan het gebruik als nodig werd erkend : (7)*

Datum :

Handtekening :