

Ärztliches Attest

Gruppenversicherung [Health Care]



Dieses Attest soll den Vertrauensarzt von AG Insurance über die Art der beim Betroffenen erfolgten Behandlung und über die Dauer sowie den Grad der etwaigen Arbeitsunfähigkeit informieren.

Lassen Sie den zweiten Teil dieses Dokument von Ihrem behandelnden Arzt ausfüllen.

Bei einer Entbindung müssen Sie nur den ersten Teil ausfüllen.

Bitte senden Sie Ihre Akte an:

AG Insurance
z.H. des Vertrauensarztes
Ärztlicher Dienst Health Care – 1JQ5B
Bd E. Jacquain 53, 1000 Brüssel

VERTRAULICH

1. Auf jeden Fall vom Versicherten auszufüllen

Gruppe Nr.: und/oder anderes Kennzeichen [z.B. Nummer auf Ihrer Karte]:

Identität des Versicherten: Name: Vorname:

Geburtsdatum: / /

Bei einer Entbindung auszufüllen

Anfang der Mutterschaftsruhe: / /

Genaues Datum der Entbindung: / /

Ende der Mutterschaftsruhe: / /

2. Vom Arzt auszufüllen

Bei Krankheit auszufüllen

Diagnose und/oder Symptome der Erkrankung:

Seit wann ist der Betroffene wegen dieses Unfalls oder dieser Erkrankung bei Ihnen in Behandlung?
..... / /

Wann sind die ersten Symptome eingetreten? / /

Wurde der Betroffene von anderen Ärzten behandelt?

• Für eine frühere Erkrankung? Nein Ja Wenn Ja, Name und Adresse:

.....

• Für die heutige Erkrankung? Nein Ja Wenn Ja, Name und Adresse:

.....

Falls der Betroffene stationär behandelt wird, Name und Anschrift der Anstalt angeben:

.....

Anfang des Krankenhausaufenthalts: / / Voraussichtliche Dauer:

Ist beim Betroffenen ein chirurgischer Eingriff erfolgt oder erforderlich? Nein Ja

Wenn Ja, Art des chirurgischen Eingriffs [ggf. medizinischer Code]:

Datum [voraussichtliches]: / /

Bei Unfall auszufüllen

Unfall eingetreten am: / / at : am/pm

Art des Unfalls: Privat Arbeit Verkehr Sport Sonstige:

Bitte geben Sie eine genaue Beschreibung der Verletzung [Art, Lokalisation, Umfang, usw.]:

Beginn der Arbeitsunfähigkeit:

..... / / [genaues Datum]

Datum der eventuellen Wiederaufnahme der Arbeit / /

Handelt es sich um eine vollständige Arbeitsunfähigkeit? Nein Ja

Voraussichtliche Dauer: [ab dem Eintrittsdatum]

Wenn Nein, bitte Grad der Arbeitsunfähigkeit angeben? %

Voraussichtliche Dauer: [ab dem Eintrittsdatum]

Wie wird sich die Arbeitsunfähigkeit Ihrer Meinung nach entwickeln?

Ausgestellt in, am / /

Unterschrift des Versicherten:

Unterschrift und Stempel des Arztes: