



## COLLECTIEVE VERZEKERING GEZONDHEIDSZORGEN

Polis(sen) Nr. (s) 200345665

Werkgeversnr. 01 0307 06

Naam van de werkgever : S.R. Nederland N.V.

### **MEDISCH ATTEST**

In te vullen door de behandelende geneesheer

Dit document mag worden afgegeven aan de patient of rechtstreeks worden teruggestuurd onder «Vertrouwelijk» omslag aan IPA Dienst Health Care Department, Louizalaan 166 b 1 te 1050 Brussel.

#### **A. IDENTITEIT VAN DE VERZEKERDE**

NAAM – VOORNAAM : ..... Geboren op .....

Adres : .....

#### **B. AARD VAN HET SCHADEGEVAL**

ziekte                         ongeval                         bevalling                         zelfmoordpoging

Datum van de eerste hospitalisatie : .. - .. - ..

Duur : .....

Benaming van de aandoening : .....

Heeft de patiënt een heelkundige ingreep ondergaan of zal hij er een ondergaan ?      ja      neen

Aard van de ingreep : .....

RIZIVcode : .....

#### **C. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET SCHADEGEVAL**

Sinds wanneer verzorgt u de patiënt voor dit ongeval of deze aandoening ? : .....

Datum waarop de eerste symptomen van de aandoening werden vastgesteld : .....

Datum en aard van de diagnose : .....

Was de verzekerde voordien onderhevig aan een gebrek, een ziekte, een stoornis in het metabolisme of overdadig alcoholgebruik :

- die aanleiding heeft gegeven tot de huidige aandoening of ongeval ?      ja      neen  
zo ja, gelieve te preciseren : .....

- die een invloed heeft op de evolutie ervan ?      ja      neen  
zo ja, gelieve te preciseren : .....

Werd de patiënt door andere geneesheren dan u verzorgd voor deze aandoening ?      ja      neen

Naam & adres : .....

Voor de huidige aandoening ?      ja      neen

Naam & adres : .....

Afgeleverd ..... op .....

Stempel

Handtekening van de geneesheer



**D. ONGEVAL**

OORZAAK : Sport                  Verkeer                  Andere

Datum : ..... om ..... uur

Weergave van de Feiten : .....

Werd er een proces-verbaal opgesteld ?                  ja                  neen

Datum en nummer van het proces-verbaal : .....

Is een derde verantwoordelijk voor het ongeval ?                  ja                  neen

Identiteitsgegevens van de derde : .....

**E. ALGEMENE INLICHTINGEN**

Bent u verzekerd voor hetzelfde risico bij een andere verzekeringsmaatschappij ?                  ja                  neen

Naam en adres : ..... polisnummer : .....

Datum van onderschrijving : .....

Bent u aangesloten bij een ziekenfonds ?                  ja                  neen

- voor de wettelijke bescherming ?                  ja                  neen

- voor aanvullende bescherming ?                  ja                  neen

Naam en adres : .....

Bestaan er andere verzekeringsovereenkomsten waarop naar aanleiding van huidig schadegeval beroep kan worden gedaan en bij welke maatschappij ?                  ja                  neen

Naam en adres : ..... polisnummer : .....

---

De gegevens die aan de Maatschappij worden meegedeeld, mogen worden verwerkt ten behoeve van het cliënteel, de aanvaarding van de risico's, ten behoeve van het beheer van de contracten en de regeling van de diverse diensten. Ondergetekende geeft zijn/hair uitdrukkelijke toestemming voor de vertrouwelijke verwerking van de medische gegevens die hem/haar aangeluiken. De betrokken personen kunnen kennis nemen van deze gegevens, deze doen verbeteren en kunnen zich ten kosteloze titel verzetten tegen het gebruik ervan voor marketingdoeleinden. Zij kunnen bijkomende inlichtingen verkrijgen bij de Commissie bescherming privé-leven (Wet van 8 december 1992 betreffende de bescherming van de privacy).

Opgemaakt te ..... op .....

Handtekening van de verzekerde