

## Vertrouwelijk medisch attest

Na invulling van de getekende verklaring door de behandelende geneesheer dient de verzekerde deze onmiddellijk en binnen de termijn vermeld in de algemene voorwaarden, terug te mailen naar [customer care@nn.be](mailto:customer care@nn.be) (**NN Insurance Belgium NV - Customer Care, ter attentie van de adviserende geneesheer**).

### 1. Persoonlijke gegevens van de verzekerde

Naam en voornaam:

Geboortedatum:  Geslacht:  M  V

Groep / Polisnummer:

### 2. Informatie omtrent de arbeidsongeschiktheid

#### 2.1. Algemeen

Oorzaak van de arbeidsongeschiktheid:  ziekte  ongeval  zwangerschap

#### Graad van arbeidsongeschiktheid:

Economische ongeschiktheid	Fysiologische ongeschiktheid
<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>
<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>
<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>	<input type="text"/> % van <input type="text"/> t.e.m. <input type="text"/>

Volledige werkhervatting:  reeds op

verwacht op

Leed de patiënt reeds vroeger aan een aandoening die of een ongeval dat rechtstreeks of onrechtstreeks in verband staat tot de huidige toestand? Of die de genezing zou kunnen bemoeilijken?

Ja  Nee

Zo ja, welke en sinds wanneer:

  

Vul hieronder afhankelijk van de aard van arbeidsongeschiktheid 2.2, 2.3 of 2.4 in.

#### 2.2. Arbeidsongeschiktheid door ziekte

Diagnose (precies en volledig):

  
  
  

Wanneer werden de eerste symptomen waargenomen:

Wordt de verzekerde ook opgevolgd door een andere arts?  Ja  Nee

Zo ja, gelieve volledige naam en specialisatie te vermelden:

### 2.3. Arbeidsongeschiktheid door ongeval

Aard van het ongeval:  Privé  Arbeid  Sport  Verkeer

Datum van het ongeval:

Beschrijving van de letsels:

---

---

---

---

---

### 2.4. Arbeidsongeschiktheid door zwangerschap

(Vermoedelijke) bevallingsdatum:

Zijn er complicaties?  Ja  Nee

Zo ja, welke:

---

---

### 3. Aard van de behandeling

Hospitalisatie?  Ja  Nee

Zo ja, van  tot en met

Heelkundige ingrepen?  Ja  Nee

Zo ja, welke:

---

---

Datum:

Behandeling en/of onderzoek?  Ja  Nee

Zo ja, welke?

---

---

Datum:

### 4. Datum & handtekening

Naam van geneesheer

Datum

Handtekening en stempel van geneesheer

---

---

---

#### Waarschuwing 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 de 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.

NN Insurance Belgium nv, kredietgever hypothecair krediet toegelaten door de FSMA en verzekeringsonderneming toegelaten door de NBB onder het nummer 2550 voor de Takken 1a, 2, 21, 22, 23, 25, 26.

Maatschappelijke zetel: Fonsnylaan 38, B-1060 Brussel - RPR Brussel - BTW BE 0890.270.057 - BIC: BBRUBEBB - IBAN: BE28 3100 7627 4220.

Medisch attest | 05.2019

Blad 2 / 2