

HOSPITALISATIEVERZEKERING**MEDISCH ATTEST**

*In te vullen door de behandelend geneesheer en te bezorgen aan de verzekerde
terug te zenden aan LIFE SELF EMPLOYED op
life.selfemployed@axa.be*

Contract nr.	-
---------------------	---

A. IDENTIFICATIE VAN DE VERZEKERDE

NAAM - VOORNAAM:geboren op.....

Adres:

B. AARD VAN HET SCHADEGEVAL:

ziekte ongeval bevalling zelfmoordpoging

Datum van de 1ste dag hospitalisatie:

Datum van de laatste dag hospitalisatie:

Aard van de aandoening of van het trauma :

Is er een chirurgische ingreep gepland? ja nee

Aard:.....

RIZIVCODE (s):

C. INLICHTINGEN IN VERBAND MET HET SCHADEGEVAL

Sinds wanneer kent u de betrokkene?

Sinds welke datum behandelt u hem voor deze aandoening of ongeval?

Datum waarop zich de eerste symptomen vertoond hebben :

Datum van de diagnose en welke?

Leed de verzekerde al eerder aan een kwaal, een ziekte, een stofwisselingsstoornis of bestond er overmatig alcoholverbruik die:

- aanleiding had kunnen geven tot de huidige ziekte of het ongeval? ja nee

Zo ja, verduidelijk:

- een invloed had kunnen hebben op de evolutie ervan? ja nee

Zo ja, verduidelijk:

Werd de betrokkene behandeld door andere artsen dan u: -voor de predisponerende aandoening? ja nee

Naam & adres:

: -voor de huidige aandoening? ja nee

Naam & adres:

Gedaan te.

op

Stempel,

Handtekening,