GENERALI BELGIUM
Verzekeringsmaatschappij

Louizalaan 149 - 1050 Brussel
Tel. (02) 403 81 11 - Telefax (02) 403 88 99
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0145
(KB van 04.07.1979 - BS van 14.07.1979)

ARBEIDSONGEVALLEN

STAAT VAN ERELOON

(TE ZENDEN NAAR “GENERALI BELGIUM”)

Dokter : .....

Nr. O.G. : .....

Adres : .....

Rek. Nr. : .....

Naam, voornamen van de getroffene :
(IN DRUKLETTERS A. U. B.)

.....

.....

Werkgever : .....

.....

Datum van ongeval : .....

OPGAVE VAN MEDISCHE VERSTREKKINGEN volgens de op arbeidsongevallen toepasselijke schaal (RIZIV barema).

Datum	Code	Bedrag RIZIV-barema	Bestemd voor G.B.
Totaal EUR :			

Opmerkingen : .....

.....

.....

.....

GENERALI BELGIUM
Verzekeringsmaatschappij

Louizalaan 149 - 1050 Brussel
Tel. (02) 403 81 11 - Telefax (02) 403 88 99
Verzekeringsonderneming toegelaten onder codenr. 0145
(KB van 04.07.1979 - BS van 14.07.1979)

ARBEIDSONGEVALLEN

Schadegeval nr. .....

van .....

MEDISCH ATTEST VAN GENEZING ZONDER BLIJVENDE ARBEIDSONGESCHIKTHEID

(1) Naam, voornaam, adres

(2) Schrappen wat niet past

(3) Naam, voornamen en adres van de getroffene

(4) De arbeidsongeschiktheid kan volledig of gedeeltelijk zijn. In geval van gedeeltelijke arbeidsongeschiktheid dienen de percentages vermeld.

(5) Schrappen wat niet past

(6) Beschrijving van de restletsels. De geneesheer dient vast te stellen of deze letsels van aard zijn een eventuele voorafbestaande toestand te beïnvloeden.

(7) De aard van het toestel (bril, tandprothese, e.d.) vermelden.

De ondergetekende, *(1)* .....

.....

.....

handelend in zijn hoedanigheid van :

– geneesheer geraadpleegd door de getroffene *(2)*

– raadsgeneesheer van de verzekeraar *(2)*

onderzocht op .....

de genaamde *(3)* .....

.....

.....

getroffen door een arbeidsongeval op .....

en verklaart :

1. dat het ongeval aanleiding heeft gegeven tot volgende periodes van tijdelijke arbeidsongeschiktheid *(4)* .....

   .....

2. dat de getroffene het werk hervat heeft vanaf .....
3. dat de getroffene genezen is vanaf .....
   3.1. zonder enig restletsel *(5)* .....
   3.2. met de volgende restletsels, die geen blijvende arbeidsongeschiktheid voor gevolg hebben *(5) (6)*
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 : .....