

**Verzekerde/Verzekeringsnemer :**

**OC CIRKANT**

Aartrijksestraat 77  
8211 AARTRIJKE

**Tel : 050/209032**

**info@circant.broedersvanliefde.be**

Polisnummer Arbeidsongevallen **97204168**

**Dossier H073181**

**O.Nr 0406.633.304**

AG Insurance NV

E. Jacquainlaan 53

1000 Brussel

Tel 02/225 71 11

Fax 02/225 71 50

Onze beheerder : Nore De Coninck

**Medisch Attest**

Ons zodra mogelijk terug te zenden.

**(1) Naam, voornamen, hoedanigheid, adres van de geneesheer.**

**Ik ondertekende (1) .....**  
.....  
.....

**(2) Datum van het onderzoek.  
Naam, voornamen, adres van de getroffen.**

**heeft op (2): .....**  
**de genaamde (2) .....**  
.....  
.....  
**onderzocht na het ongeval dat hem op .....**  
**is overkomen. Hij verklaart:**

**(3) Vermelden: de soort en de aard van de letsels en de getroffen lichaamsdelen (armbreuk, inwendig letsel, hoofd-of vingerkneuzing, verstikking, enz.).**

**1. Dat het ongeval volgende letsels heeft veroorzaakt (3):**  
.....  
.....  
.....

**(4) Vermelden: de zekere of vermoedelijke gevolgen van het vastgestelde letsel: overlijden, algehele of gedeeltelijke tijdelijke ongeschiktheid, met opgave van de vermoedelijke duur van die tijdelijke ongeschiktheid.**

**2. dat die letsels tot gevolg hebben (zullen hebben) (4):**  
.....  
.....  
.....  
.....

**(5) De geneesheer dient vast te stellen of de ongeschiktheid normaal uit het letsel zelf volgt, zonder rekening te houden met welke andere omstandigheden ook.**

**3. dat de ongeschiktheid begon (zal beginnen) op (5):**  
.....  
.....  
.....

**(6) Vermelden waar de getroffen verzorgd wordt.**

**4. dat de getroffen verzorgd wordt (6):**  
.....  
.....  
**Opgemaakt te ..... op .....**

**De geneesheer,**