

AANGIFTE WERKONBEKWAAMHEID S28/2 N

Inlichtingen te verstrekken door de verzekerde persoon binnen de **5 dagen** vanaf het begin van de werkonbekwaamheid tenzij anders luidend bericht van de verzekeraar.

Terugsturen naar: DKV Belgium N.V. – Dienst Invaliditeit | Bischoffsheimlaan 1-8 | 1000 Brussel | Fax: **02 278 24 26** | Tel.: **02/230 31 32**
e-mail: **claims-inv@dkv.be**

1. RUBRIEK VOORBEHOUDEN AAN DE VERZEKERDE

Polisnummer

Naam / voornaam verzekerde persoon: _____

Geboortedatum: / / Rekeningnr. begunstigde:

Adres verzekerde persoon: _____

Telefoon / GSM: _____ e-mail : _____

Beroepsactiviteit, te preciseren: _____

Zelfstandige? Ondernemingsnummer (R.P.R): _____ BTW nr.: _____

Werknemer? Naam en adres werkgever: _____

Werkloos / Gepensioneerd? sinds / / 2 0

Voor echt verklaard, handtekening: _____

Datum:/...../20...

2. RUBRIEK VOORBEHOUDEN AAN DE ZORGVERSTREKKER

Onze raadsgeneesheer, Dr. HEEREN J. verzoekt, met toestemming van de verzekerde persoon, de behandelende geneesheer of de ziekenhuisgeneesheer hieronder de **medische redenen** van de werkongeschiktheid aan te duiden en de eventuele bijkomende vragen te beantwoorden. Het is belangrijk erop te wijzen dat de door de patiënt gekozen geneesheer gerechtigd is, deze medische informatie te verstrekken en dit doet in overeenstemming met de medische plichtenleer zo de informatie gericht wordt aan een met naam genoemd raadsgeneesheer van de verzekeraar. De verzekeraar waarborgt verder, dat de bekomen medische persoonsgebonden gegevens worden verwerkt in overeenstemming met de wettelijke reglementering ter zake.

Betreft de verzekerde: _____

Reden en gedetailleerde diagnose: _____

Fysiologische ongeschiktheid: VAN / / 2 0 TOT / / 2 0 aan %

Economische ongeschiktheid: VAN / / 2 0 TOT / / 2 0 aan %

Werkhervatting mogelijk: VANAF / / 2 0 aan %

Voor echt verklaard, handtekening en stempel van de geneesheer: _____

Datum van het onderzoek:/...../20...