|  |  |
| --- | --- |
| Agentschap: | Maatschappij: |
| O/Ref: | U/Ref: |
| Datum: | Aard: |
| Verzekerde: | Tegenpartij: |

**VERKLARING VAN *GENEZING OF VERLENGING***

(In te vullen door de behandelende geneesheer)

Ik ondergetekende,**(stempel)**

geneesheer,

verklaar dat Mijnh./Mevr. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

door een ongeval/ziekte **(te schrappen)** getroffen op \_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**genezen is sedert \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

De genezing is bereikt

zonder enige blijvende invaliditeit.

met een blijvende invaliditeit die door mij geschat wordt op \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_% .

met een esthetisch letsel dat door mij geschat wordt op \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**nog steeds niet genezen is en de verlenging voorzien wordt tot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(het percentage ALTIJD invullen, ook voor studenten en thuiswerkenden)**

De verlenging van de tijdelijke werkonbekwaamheid is

volledig van \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

gedeeltellijk à \_\_\_\_\_\_\_% van \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

À \_\_\_\_\_\_\_% van \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Beschrijving van de letsels en de voorziene behandeling: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Te \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, op \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

**Stempel en handtekening van de geneesheer**