|  |  |
| --- | --- |
| 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**