



KBC Versicherungen, AG mit Gesellschaftssitz in Belgien,
 Waaistraat 6, 3000 Leuven, RJP 0403.552.563
 Unternehmen zugelassen für alle Zweige unter Kode 0014
 (K.E. 4. Juli 1979, B.St. 14. Juli 1979)
 730-0042006-01, IBAN: BE43 7300 0420 0601
 BIC: KREDBEBB, <http://www.kbc.be>

(1) Name, Vornamen, Eigenschaft, Adresse.

(2) Name, Vornamen, Adresse des Opfers.

(3) Art der Verletzungen und die getroffenen Körperteile
 (Armbruch, Prellungen an Kopf oder Händen, innere
 Verletzungen, Erstickung, usw.).

(4) Sichere oder voraussichtliche Folgen der festgestellten
 Verletzungen: Tod, dauernde Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit,
 vorübergehende Voll- oder Teilarbeitsunfähigkeit mit Angabe
 der vermutlichen Dauer der zeitweiligen Arbeitsunfähigkeit.

(5) Der Arzt muss feststellen, ob die Arbeitsunfähigkeit die
 normale Folge der Verletzungen ist, ungeachtet aller
 sonstigen Umstände.

(6) Pflegeort des Opfers.

MSR-Nummer
 (angeben, wenn die Meldung elektronisch gemacht wurde)

ARBEITGEBER

POLICE Nr.

ÄRZTLICHES ATTEST

Der Unterzeichner (1)

hat (2)

nach dem Unfall vom (Datum)
 um (Uhrzeit) untersucht.

Er erklärt:

1. dass das Opfer folgende Verletzungen erlitten hat (3):

.....

2. mit nachstehenden Folgen (4):

.....

3. dass die Arbeitsunfähigkeit begann (beginnt) ab (5):

.....

4. dass das Opfer gepflegt wird (6):

.....

Ausgefertigt in, den

Der Arzt
 (Unterschrift)