
Model D84 Arbeidsongeschiktheidsverklaring

(in te vullen door de verzekeringsgeneeskundige op verzoek van zijn/haar cliënt)

Ondergetekende keuringsarts:

- Naam _____
- Instantie _____

verklaart ten aanzien van:

- Naam _____
- Voornamen _____
- Geboortedatum : _____

- dat sprake is van tenminste **80%** arbeidsongeschiktheid sinds __/__/19__, en
- dat herstel van arbeidsongeschiktheid tot meer dan **20%** voor tenminste nog een jaar uitgesloten is, en
- dat ingevolge de reden van arbeidsongeschiktheid een dergelijk herstel na dit jaar niet al op voorhand te verwachten is.

Plaats _____ Datum: __/__/19__

Handtekening : _____

