



## Arbeitsunfähigkeit - Anzeige

### Gruppenversicherung (Health Care)



Senden Sie dieses Formular an:  
[renteHC@aginsurance.be](mailto:renteHC@aginsurance.be)  
 AG, Medizinischer Dienst Health Care  
 Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Brüssel

**VERTRAULICH**

Für die Arbeitsunfähigkeitsanzeige muss der Versicherte dieses Dokument zusammen mit dem Formular „Ärztliche Bescheinigung“ (vom behandelnden Arzt ausgefüllt) und den Krankenscheinen vom Beginn der Arbeitsunfähigkeit an dem Vertrauensarzt der AG senden.

[Optional] Gruppennummer: ..... und/oder Vertragsnummer/anderes Kennzeichen: .....

#### In allen Fällen auszufüllen

Arbeitgeber: .....

#### Personalmitglied

Name und Vorname .....  
 Geburtsdatum ..... / ..... / .....  
 Straße, Nr. ....  
 Postleitzahl und Ort .....  
 Private E-Mail-Adresse .....  
 Private Telefonnummer .....  
 Beruf .....

Post- oder Bankkontonummer: .....

Name des Kontoinhabers: .....

**Ergessen Sie nicht, Ihre Bankkontonummer anzugeben und uns eine Kopie Ihrer Bankkarte zu senden.**

Beginndatum der Arbeitsunfähigkeit? ..... / ..... / .....

Grund der Arbeitsunfähigkeit: .....

Wann wurden die ersten Symptome beobachtet? .....

Ist der Versicherte bei der AG oder einer anderen Gesellschaft, die die gleichen Garantien bietet, versichert?  Nein  Ja

Wenn ja, Name und Adresse der Gesellschaft und Vertragsnummer:  
 .....  
 .....  
 .....

Hatte das Personalmitglied bei seinem früheren Arbeitgeber eine garantierte Invaliditätsrente?  Nein  Ja

Wenn ja, legen Sie uns bitte die Bescheinigung über die Dauer der Mitgliedschaft und die Garantien des vorherigen Versicherers vor.

## Im Falle eines Krankenhausaufenthalts auszufüllen

Dauer des Krankenhausaufenthalts: .....

Art der Erkrankung und/oder Verletzung: .....

Jeder chirurgische Eingriff .....

## Im Falle eines Unfalls auszufüllen

Art des Unfalls:  Privatleben  Verkehr  Sport  
 Arbeit  Schule  Sonstige: .....

Datum und Uhrzeit des Unfalls: am ..... / ..... / ..... um .....  Vormittag  Nachmittag

### Bericht über den Unfallhergang:

AG - als für die Verarbeitung Verantwortliche - verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu den in den allgemeinen Bedingungen (Pensionsordnung, wenn es sich um eine sektorale Zusatzpension handelt) genannten Zwecken, insbesondere zur Durchführung der Ihnen von Ihrem Arbeitgeber oder Ihrem Sektor gewährten Zusatzleistungen (Zusatzpension und/oder berufsgebundene Krankenversicherung), mit deren Verwaltung er AG beauftragt. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen (Pensionsordnung bei sektoraler Zusatzpension) und in unserer Datenschutzerklärung unter [www.ag.be](http://www.ag.be).

## Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

- Ich, der Unterzeichnete, willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner Gesundheitsdaten durch AG und meine Beauftragten im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Schadensfalles, einschließlich der Erstellung von Statistiken, ein.
- Ich, der Unterzeichnete, willige ausdrücklich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten über strafrechtliche Verurteilungen und Straftaten durch AG und meine Beauftragten im Zusammenhang mit der Bearbeitung des Schadensfalles ein.

AG ist für die Verarbeitung dieser Daten verantwortlich und verpflichtet sich in diesem Zusammenhang zur Einhaltung der Verpflichtungen, die sich aus den geltenden Datenschutzvorschriften ergeben.

Ich wurde über mein Recht informiert, meine Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Ich nehme zur Kenntnis, dass in solchen Fällen kann AG das Vertragsverhältnis möglicherweise nicht erfüllen kann.

Ich bestätige, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ausgefertigt in ..... am ..... / ..... / .....

Unterschrift des Versicherten:

