

Dieses Dokument ist vom Mitglied auszufüllen und an AG Insurance zu Händen des Vertrauensarztes zu senden. Für die Angabe einer Invalidenrenteakte sollen Sie unseren von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „Ärztliches Attest“ beifügen.

Gruppe Nr :

■ In allen Fällen auszufüllen

Arbeitgeber – Firmenname :

Straße, Nr., Postleitzahl und Ort :

| Mitglieder | Betriebsangehörige(r) | Pflegeempfänger |
|-------------------------------------|-----------------------|-----------------|
| Name und Vornamen : | | |
| Geburtsdatum : | | |
| Straße, Nr., Postleitzahl und Ort : | | |
| E-Mail-Adresse |@..... | |
| Telefonnummer (beruflich) : | | |
| Beruf : | | |

Krankenkasse (Fragen beantworten oder eine Krankenkasse vignette kleben)

Ist der Versicherte Mitglied einer Krankenkasse

- für kleine Risiken? Ja Nein
- für große Risiken? Ja Nein

Krankenkasse vignette

Mitgliedsnummer :

Name und Anschrift :

Gewünschte Zahlungsweise

auf Bankkonto-Nr. IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC : □□□□□□□□□□

auf den Namen von

in Ermangelung, durch Postanweisung

Ist der Pflegeempfänger bei AG Insurance oder bei einer anderen Gesellschaft durch eine Versicherungspolice gedeckt, die denselben Versicherungsschutz gewährt? Ja Nein

Wenn JA, Name und Anschrift der Gesellschaft und Policen-Nr.

■ Bei Krankheit, Schwangerschaft oder geburt auszufüllen

Hospitalisierungsperiode :

Name und Anschrift des Krankenhauses :

Krankheit- oder Verletzungstyp :

Eventuelle chirurgische Operation :

Wann sind die ersten Symptome aufgetreten ?

Name, Adresse und Telefonnummer des Arztes, der die Diagnose gestellt hat :

■ Bei Unfall auszufüllen

Tag und zeit des Unfalles : amum.....Uhr (vormittags/nachmittags)

Genauer Unfallort (ggf. Skizze beifügen) :

Unfallgegner (gegebenfalls) : Name und Anschrift

: Versicherungsgesellschaft (Name, Anschrift, Policen-Nr.)

Zeugen : Namen und Anschrift

Unfallhergang :
.....
.....
.....
.....

Ist ein Protokoll aufgenommen worden? Ja Nein Wenn Ja – Polizei von :
am Protokoll- Nr. :

Wer hat Schuld an dem Unfall ? (Name und Anschrift) :

Stand der Pflegeempfänger zum Unfallzeitpunkt zu einem Arbeitgeber in einem Arbeitsverhältnis, oder ereignete sich der Unfall auf dem Weg von oder zur Arbeit? Ja Nein

Wenn JA : Name und Anschrift des Arbeitgebers :

Bei welcher Gesellschaft hat er eine Arbeitsunfallversicherung abgeschlossen?

Welche Verletzungen hat er sich zugezogen?

Hospitalisierungsperiode :

Name und Anschrift des Krankenhauses :

Der Unterzeichner versichert, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.
Er erklärt sich damit einverstanden, dass AG Insurance die o.a. Daten zur Erbringung und Verwaltung von Versicherungsdiensten im Allgemeinen, inkl. der Erstellung von Statistiken, verwendet, soweit das Gesetz über den Schutz des Privatlebens beachtet wird. Der Betroffene verfügt für diese Daten über ein Zugriffs- und Korrekturrecht.
Die gesundheitsbezogenen Daten können nur unter der Verantwortlichkeit eines professionellen Pflegebringers verwendet werden und der Zugang zu diesen Daten beschränkt sich auf die Personen, die diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben brauchen.
AG Insurance wird diese Daten nicht an Dritte mitteilen. Der Unterzeichner erklärt sich jedoch damit einverstanden, dass AG Insurance diese Daten mitteilt, soweit sie dazu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist oder ein berechtigtes Interesse daran hat.

Ausgestellt inam

Unterschrift des Mitglieds