

## Schadenanzeige

### Gruppenversicherung (Health Care)



Melden Sie Ihre Hospitalisierung ganz einfach online unter [www.ag.be/hospi](http://www.ag.be/hospi).  
Sie finden auch Ratschläge in der Rubrik 'Que dois-je faire?'



Senden Sie dieses Formular an:  
AG Insurance  
Ärztliche Dienststelle Health Care - 1JQ5D  
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Brüssel

**VERTRAULICH**

Kreuzen Sie die betroffenen Deckungen an:

Hospitalisierung / Ärztliche Kosten     Invaliditätsrente / Prämienbefreiung

Dieses Dokument ist vom Versicherten auszufüllen und an die AG zu Händen des Vertrauensarztes zu senden. Für die Angabe einer **Invaliditätsrente-Akte** sollen Sie unseren von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „**Ärztliches Attest**“ und die **Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen beifügen**.

Gruppe Nr.: ..... und/oder anderes Kennzeichen [z.B. Ihre Kartenummer]: .....

#### In allen Fällen auszufüllen

Arbeitgeber (bzw. vormaliger Arbeitgeber wenn Rentner): .....

Mitglieder	Personalmitglied	Pflegeempfänger
Name und Vorname	.....	.....
Geburtsdatum	..... / ..... / .....	..... / ..... / .....
Straße, Nr.	.....	.....
PLZ und Ort	.....	.....
E-Mail-Adresse	.....	.....
Telefonnummer (Bürozeiten)	.....	.....
Beruf	.....	.....

Bankkontonummer:

Kontoinhaber: .....

Hospitalisierungsperiode: .....

Name und Adresse des Krankenhauses: .....

Zimmertyp:  Einzelzimmer     Doppelzimmer oder Mehrbettzimmer

Krankheit- oder Verletzungstyp: .....

Eventuelle chirurgische Operation .....

Wann sind die ersten Symptome aufgetreten? .....

Beginndatum der Arbeitsunfähigkeit (wenn die Garantie Invaliditätsrente angekreuzt wurde): ..... / ..... / .....

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

Wenn Ja, Name und Adresse der Gesellschaft und Policen-Nr.:  
.....  
.....

## Bei Unfall auszufüllen

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

Wird dieser Unfall durch eine andere Versicherung gedeckt?  Nein  Ja

Wenn ja, Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft:

.....  
.....

Datum und Uhrzeit des Unfalls: ..... / ..... / ..... um ..... Uhr  vormittags  nachmittags

Genauer Unfallort: .....  
.....

### Unfallhergang:

.....  
.....  
.....

### Eventuelle Gegenpartei:

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

Zeugen: Name und Anschrift: .....  
.....

Ist ein Protokoll aufgenommen worden?  Nein  Ja

Wenn Ja, Polizei von: ..... am ..... / ..... / .....

Protokollnummer und Kopie des Protokolls beifügen: .....

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?  Nein  Ja

Wenn Ja: Name und Adresse des Arbeitgebers: .....  
.....

Bei welcher Gesellschaft hat er eine Arbeitsunfallversicherung abgeschlossen? .....  
.....

AG – als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten – verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu den in den Allgemeinen Bedingungen (Pensionsreglement, wenn sektorale Zusatzpension) genannten Zwecken, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung der zusätzlichen Vorteile, die Sie dank Ihrem Arbeitgeber oder Sektor genießen (Zusatzpension und/oder berufsgebundene Krankenversicherung) und die durch AG verwaltet werden. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie den Allgemeinen Bedingungen (Pensionsreglement wenn sektorale Zusatzpension) und der Datenschutzrichtlinie unter [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Ich, der Unterzeichnete, stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Beschreibung des Risikos und/oder der Schadensabwicklung, inkl. der Erstellung von Statistiken zu.

Ich stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit strafrechtlichen Verurteilungen und Straftaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Verarbeitung meines Schadensfalles zu.

AG ist verantwortlich für die Verarbeitung und verpflichtet sich, den Verpflichtungen nachzukommen, die sich aus der anwendbaren Gesetzgebung ergeben.

Ich wurde über mein Recht informiert, dass ich jederzeit meine Zustimmung für die Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten zurückziehen kann. Ich erkenne an, dass AG in diesem Fall Insurance die vertragliche Beziehung möglicherweise nicht erfüllen kann.



Ich bestätige, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ausgestellt in ..... am ..... / ..... / .....

Unterschrift des Versicherten:

