



Aangifte

Pension@work – Arbeidsongeschiktheid

Contractnummer:

Dit document moet door de verzekerde ingevuld en ondertekend worden.

Deze aangifte moet samen met het medisch getuigschrift opgestuurd worden naar de adviserende arts van AG:
AG
T.a.v. adviserende arts
Medische Dienst Health Care - 1JQ5B
E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel

■ In te vullen in alle gevallen:

Identificatie van de verzekerde

Naam: Voornaam:

Geboortedatum: / /

Straat: nr: bus:

Postcode: Gemeente:

E-mailadres: Telefoon of GSM:

Exacte beroepsactiviteiten (zowel hoofd- als bijberoep omschrijven):
.....
.....

Loontrekkende: Arbeider Bediende Zelfstandige

Naam van de werkgever:

Adres:

Identificatie van de verzekeringnemer

Naam:

Ondernemingsnummer (=KBO-nummer):

Betalingsmodaliteiten

Betaling op rekeningnummer:

Op naam van:

Indien de terugbetaling van de premie ten voordele van een andere begunstigde moet gebeuren en voor zover dit voorzien is in de contractvoorwaarden:

Terugbetaling van de premie op rekeningnummer:

Op naam van:

Andere informatie

Aard van de ziekte en/of van de letsels:

.....
.....

Eventuele heelkundige ingreep:

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen?

Bent u bij een andere verzekeringsmaatschappij verzekerd voor dezelfde waarborgen? Ja Neen

Benaming en adres van de maatschappij:

.....

Verzekeringsproduct en contractnummer:

In geval van waarborg invaliditeitsrente:

Wat is de begindatum van de arbeidsongeschiktheid? / /

Genoot het personeelslid een waarborg invaliditeitsrente bij zijn vorige werkgever? Ja Neen

Indien ja, gelieve ons het attest met de periode van aansluiting en de waarborgen van de vorige verzekeraar te bezorgen.

■ In te vullen in geval van ongeval (Indien mogelijk een krantenknipsel bijvoegen):

Aard van het ongeval: Privé Verkeer Sport Werk School Andere:

Is er een andere verzekering die dit ongeval dekt? Ja Neen

Zo ja, welke + naam maatschappij + polisnr:

.....
.....

Datum en uur van het ongeval: op / / om uur voormiddag namiddag

Juiste plaats:

Relaas van de feiten:

.....
.....

Eventuele tegenpartij

Naam en adres:

.....

Verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij:

Naam, adres van de verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij en polisnummer:

.....
.....

Getuigen

Naam en adres:

.....

Werd een proces verbaal opgesteld? Ja Neen

Zo ja, nr. PV en kopie van het PV van verhoor bijvoegen:

Zo ja, door de politie van: op / /

Wie is aansprakelijk voor het ongeval?

Naam en adres van de aansprakelijke:

.....
.....

Was de rechthebbende op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op weg van of naar het werk? Ja Neen

Zo ja, wie is de werkgever? [naam en adres]:

.....
.....

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd?

AG verwerkt als verantwoordelijke voor de verwerking uw persoonsgegevens voor de doeleinden vermeld in de algemene voorwaarden (pensioenreglement indien sectoraal aanvullend pensioen), en in het bijzonder met het oog op het uitvoeren van de aanvullende voordelen die uw werkgever of sector u toekent (aanvullend pensioen en/of beroepsgebonden ziekteverzekering) en waarvan hij het beheer aan AG toevertrouwt. Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u raadplegen in de algemene voorwaarden (pensioenreglement indien sectoraal aanvullend pensioen) en in onze privacyverklaring op www.aginsurance.be.

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval, met inbegrip van de opmaak van statistieken.
- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van mijn persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en overtredingen door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval.

AG is de verantwoordelijke voor de verwerking van die gegevens en verbindt er zich in dit kader toe de verplichtingen voortvloeiend uit de toepasselijke privacywetgeving na te leven.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG in dat geval de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Ik bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig en waarheidsgetrouw zijn.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde: