



## Aangifte arbeidsongeschiktheid

### Groepsverzekering (Health Care)



**VERTROUWELIJK**

Stuur dit formulier naar:  
 AG  
 Medische dienst Health Care  
 E. Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel  
[RenteHC@aginsurance.be](mailto:RenteHC@aginsurance.be)

Voor de aangifte arbeidsongeschiktheid moet de verzekerde dit document samen met het formulier 'medisch getuigschrift' (ingevuld door de behandelende arts) en de ziekteattesten vanaf begindatum opsturen naar AG, ter attentie van de adviserende arts.

Groepsnummer: ..... en/of contractnummer/andere referte: .....

#### In te vullen in alle gevallen

Werkgever: .....

#### Personeelslid

Naam en voornaam .....

Geboortedatum ..... / ..... / .....

Straat, nr. ....

Postcode en gemeente .....

Privé e-mailadres .....

Privé telefoonnummer .....

Beroep .....

Post- of bankrekeningnr: .....

Naam rekeninghouder: .....

Wat is de begindatum van de arbeidsongeschiktheid? ..... / ..... / .....

Reden van arbeidsongeschiktheid: .....

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen? .....

Is de patiënt bij AG of een andere maatschappij gedekt door een verzekeringspolis die dezelfde waarborgen voorziet?  Neen  Ja

Zo ja, benaming en adres van de maatschappij en polisnr.:  
 .....  
 .....

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

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

## In te vullen bij een hospitalisatie

Hospitalisatieperiode: .....

Aard van de ziekte en/of van de letsels:

.....

Eventuele heelkundige ingreep .....

## In te vullen bij een ongeval

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

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

Relaas van de feiten:

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

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.ag.be](http://www.ag.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 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: