



Schademelding

Groepsverzekering (Health Care)



Meld uw hospitalisatie makkelijk online op www.ag.be/hospi.
U vindt er ook tips over 'Wat te doen bij een hospitalisatie?'

OF

Stuur dit formulier naar:
AG
Medische dienst Health Care – 1JQ5B
E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel

VERTROUWELIJK

Kruis de waarborgen aan waarvoor u een aangifte wil doen:

Hospitalisatie / Medische kosten Invaliditeitsrente / Premievrijstelling

Dit document moet door de verzekerde ingevuld en teruggestuurd worden naar AG, ter attentie van de adviserende arts. Voeg voor de aangifte van een dossier 'Invaliditeitsrente' ook het door uw behandelende arts ingevulde formulier 'medisch getuigschrift' toe, en de attesten van werkonbekwaamheid.

Groepsnummer:en/of andere referte (bv. het nummer op uw kaart):

In te vullen in alle gevallen

Werkgever [of ex-werkgever indien gepensioneerd]:

Aangeslotenen

Personeelslid

Patiënt

Naam en voornaam / /

Geboortedatum / /

Straat, nr.

Postcode en gemeente

E-mailadres

Telefoonnummer [kantooruren]

Beroep

Post- of bankrekeningnr.:

Naam rekeninghouder:

Hospitalisatieperiode:

Naam en adres van de verpleeginstelling:

Kamertype: Eenpersoonskamer Twee- of meerpersoonskamer

Aard van de ziekte en/of van de letsels:

Eventuele heelkundige ingreep

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.:

.....

.....

.....

In geval van waarborg invaliditeitsrente:

Wat is de begindatum van de arbeidsongeschiktheid? / /

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 ongeval

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

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

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 (naam, adres en polisnummer):

Getuigen: naam en adres:

Werd er een PV opgemaakt? Neen Ja

Zo ja, politie van: op / /

Nr. PV en kopie van het PV van verhoor bijvoegen:

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? Neen Ja

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.

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:

