

Schademelding

Zend uw dossier naar:
AG Insurance
Medische dienst Health Care – 1B04D
E. Jacquainlaan 53
1000 Brussel

Vertrouwelijk

Gelieve de betreffende waarborgen aan te kruisen waarvoor u een aangifte wilt doen.

- Hospitalisatie / Medische kosten
- Invaliditeitsrente / Premievrijstelling

Dit document moet door de verzekerde ingevuld en teruggestuurd worden naar AG Insurance, ter attentie van de adviserende geneesheer.

Voor de aangifte van een dossier "Invaliditeitsrente", is het nodig het formulier "medisch getuigschrift" ingevuld door uw behandelende geneesheer en de attesten van werkonbekwaamheid bij te voegen.

Groepsnummer: of contractnr of referenties indien gekend :

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.	
(IBAN) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
(BIC) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

Aard van de ziekte en/of van de letsels :

Eventuele heelkundige ingreep :

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen ?

Begindatum van de arbeidsongeschiktheid (in geval van waarborg invaliditeitsrente) : / /

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

- Neen Ja

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

Mutualiteitsstrookje van
de patiënt

■ In te vullen bij ongeval

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

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

Zo ja, welke + naam maatschappij + polisnr :

Datum en uur van het ongeval : opomuur voor- middag
 na-

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 ?

De ondergetekende bevestigt dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Hij gaat akkoord dat AG Insurance bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren. De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. AG Insurance zal deze gegevens niet meedelen aan derden.

Ondergetekende gaat evenwel akkoord dat AG Insurance deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Opgemaakt te , op /..... /.....

Handtekening van de verzekerde,