

Schadenanzeige

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

Vertraulich

Bitte die im Rahmen dieser Anzeige betroffenen Deckungen ankreuzen.

- Hospitalisierung / Ärztliche Kosten
Invaliditätsrente / Prämienbefreiung

Dieses Dokument ist vom Mitglied auszufüllen und an AG Insurance zu Händen des Vertrauensarztes zu senden.

Für die Angabe einer Invalidenrenteakte sollen Sie unseren von Ihrem behandelnden Arzt ausgefüllten Vordruck „Ärztliches Attest“ beifügen.

Gruppe Nr: [] [] [] [] oder Vertragsnummer bzw. Kennzeichen wenn vorhanden:

In allen Fällen auszufüllen

Sektor (bzw. vormaliger Sektor wenn Rentner) :

Table with 3 columns: Mitglieder, Betriebsangehörige(r), Pflegeempfänger. Rows include Name, Birth date, Address, E-mail, Phone, Profession, Post/Bank account, IBAN, BIC.

Hospitalisierungsperiode :
Name und Anschrift des Krankenhauses :

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 Insurance oder bei einer anderen Gesellschaft durch eine Versicherungspolice gedeckt, die denselben Versicherungsschutz gewährt?

- Ja Nein

Wenn JA, Name und Anschrift der Gesellschaft und Policen-Nr. :

Krankenkassevignette

■ Bei Unfall auszufüllen

Art des Unfalls : Privatleben Schule
 Arbeit Sport
 Verkehr Sonstige :

Wird dieser Unfall durch eine andere Versicherung gedeckt ? Nein Ja

Wenn JA : Name und Anschrift der Versicherungsgesellschaft :

Tag und zeit des Unfalles : amumUhr (vormittags/nachmittags)

Genauer Unfallort :

Unfallhergang :
.....
.....

Unfallgegner (gegebenfalls) :

- Name und Anschrift :

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

Zeugen : Namen 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 Anschrift des Arbeitgebers :

Bei welcher Gesellschaft hat er eine Arbeitsunfallversicherung abgeschlossen?

Der Unterzeichner versichert, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Er erklärt sich damit einverstanden, dass AG Insurance die o.a. Daten zur Erbringung und Verwaltung von Versicherungsdiensten im Allgemeinen, inkl. der Erstellung von Statistiken, verwendet, soweit das Gesetz über den Schutz des Privatlebens beachtet wird.

Der Betroffene verfügt für diese Daten über ein Zugriffs- und Korrekturrecht. Die gesundheitsbezogenen Daten können nur unter der Verantwortlichkeit eines professionellen Pflegeerbringers verwendet werden und der Zugang zu diesen Daten beschränkt sich auf die Personen, die diese Daten zur Erfüllung ihrer Aufgaben brauchen. AG Insurance wird diese Daten nicht an Dritte mitteilen.

Der Unterzeichner erklärt sich jedoch damit einverstanden, dass AG Insurance diese Daten mitteilt, soweit sie dazu gesetzlich oder vertraglich verpflichtet ist oder ein berechtigtes Interesse daran hat.

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

Unterschrift des Mitglieds,