

VERTROUWELIJK

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

Voor de verklaring van een dossier "Invaliditeitsrente", is het verplicht het formulier "medisch getuigschrift" ingevuld door uw behandelende geneesheer bij te voegen.

Groepsnummer :

In te vullen in alle gevallen

Werkgever - Firmanaam :

Straat, nr., postnummer en gemeente :

| Aangeslotenen | Personeelslid | Rechthebbende |
|---------------------------------------|---------------|---------------|
| Naam en voornamen : | | |
| Geboortedatum : | | |
| Straat, nr., postnummer en gemeente : | | |
| E-mail adres : |@ | |
| Telefoonnummer (kantooruren) : | | |
| Beroep | | |

Ziekenfonds (vragen beantwoorden of mutualiteitsstrookje opkleven) ┌

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds └

- voor de kleine risico's ? Ja Neen

- voor de grote risico's ? Ja Neen

Mutualiteitsstrookje

Aansluitingsnummer :

Benaming en adres : ┌

Gewenste wijze van betaling

Bankrekeningnr.IBAN : □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□

BIC : □□□□□□□□□□

op naam van

Zo niet, circulaire cheque.....

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

Zo JA, benaming en adres van de maatschappij en polisnummer

In te vullen in geval van ziekte, zwangerschap of bevalling

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 ?

Naam, adres en telefoonnummer van de geneesheer door wie de diagnose werd gesteld :

In te vullen bij ongeval

Datum en uur van het ongeval : op, om uur voor-
na- middag

Juiste plaats (eventueel schets bijvoegen) :

Eventuele tegenpartij : naam en adres

: verzekeringsmaatschappij (naam, adres en polisnummer)

Getuigen : naam en adres

Relaas van de feiten :
.....
.....
.....
.....

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? Ja Neen Zo Ja, Politie van :
op Nr. P.V. :

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 de 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 ?

Welke zijn de opgelopen letsels ?

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

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 aangeslotene