

Schadenanzeige

Gruppenversicherung (Health Care)



Melden Sie Ihre Hospitalisierung ganz einfach online unter www.ag.be/hospi. Sie finden auch Ratschläge in der Rubrik 'Que dois-je faire?'



Senden Sie dieses Formular an:
AG
Ärztliche Dienststelle Health Care
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Brüssel

VERTRAULICH

Kreuzen Sie die betroffenen Deckungen an:

Hospitalisierung / Ärztliche Kosten Invaliditätsrente / Prämienbefreiung

Dieses Dokument ist vom Versicherten auszufüllen und an die Ärztliche Dienststelle Health Care der AG zu senden.

Um eine „Invaliditätsrente“ zu beantragen, müssen Sie das vom behandelnden Arzt ausgefüllte Formular „Ärztliche Bescheinigung“ und die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen an die AG - zu Händen des Vertrauensarztes - senden.

Gruppe Nr.: und/oder anderes Kennzeichen (z.B. Ihre Kartenummer):

In allen Fällen auszufüllen

Arbeitgeber (bzw. vormaliger Arbeitgeber wenn Rentner):

Mitglieder	Personalmitglied	Pflegeempfänger
Name und Vorname
Geburtsdatum / / / /
Straße, Nr.
PLZ und Ort
E-Mail-Adresse
Telefonnummer (Bürozeiten)
Beruf

Bankkontonummer:

Kontoinhaber:

Hospitalisierungsperiode:

Name und Adresse des Krankenhauses:

Zimmertyp: Einzelzimmer Doppelzimmer oder Mehrbettzimmer

Krankheit- oder Verletzungstyp:

Eventuelle chirurgische Operation

Wann sind die ersten Symptome aufgetreten?

Ist der Pflegeempfänger bei AG oder bei einer anderen Gesellschaft durch eine Versicherungspolice gedeckt, die denselben Versicherungsschutz gewährt? Nein Ja

Wenn Ja, Name und Adresse der Gesellschaft und Policen-Nr.:
.....
.....
.....

Für die 'Invaliditätsrente'-Garantie:

Anfangsdatum der Arbeitsunfähigkeit? / /

Genoss das Personalmitglied eine 'Invaliditätsrente'-Garantie bei seinem vorherigen Arbeitgeber? Nein Ja

Wenn JA, bitten wir Sie, uns eine Bescheinigung des ehemaligen Versicherers mit Angabe der Mitgliedschaftsperiode und der Deckungen zu senden.



Bei Unfall auszufüllen

Art des Unfalls: Privatleben Verkehr Sport
 Arbeit Schule Sonstige:

Wird dieser Unfall durch eine andere Versicherung gedeckt? Nein Ja

Wenn ja, Name und Adresse der Versicherungsgesellschaft:

.....
.....

Datum und Uhrzeit des Unfalls: / / um Uhr vormittags nachmittags

Genauer Unfallort:

Unfallhergang:

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

Eventuelle Gegenpartei:

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

Zeugen: Name 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 Adresse des Arbeitgebers:

Bei welcher Gesellschaft hat er eine Arbeitsunfallversicherung abgeschlossen?

AG – als Verantwortliche für die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten - verarbeitet Ihre personenbezogenen Daten zu den in den Allgemeinen Bedingungen (Pensionsreglement, wenn sektorale Zusatzpension) genannten Zwecken, insbesondere im Hinblick auf die Ausführung der zusätzlichen Vorteile, die Sie dank Ihrem Arbeitgeber oder Sektor genießen (Zusatzpension und/oder berufsgebundene Krankenversicherung) und die durch AG verwaltet werden. Weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten entnehmen Sie den Allgemeinen Bedingungen (Pensionsreglement, wenn sektorale Zusatzpension) und der Datenschutzrichtlinie unter www.ag.be.

Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten

- Ich, der Unterzeichnete, stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Gesundheitsdaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Beschreibung des Risikos und/oder der Schadensabwicklung, inkl. der Erstellung von Statistiken zu.
- Ich stimme ausdrücklich der Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit strafrechtlichen Verurteilungen und Straftaten durch AG und durch meine Beauftragten im Rahmen der Verarbeitung meines Schadensfalles zu.



AG ist verantwortlich für die Verarbeitung und verpflichtet sich, den Verpflichtungen nachzukommen, die sich aus der anwendbaren Gesetzgebung ergeben.

Ich wurde über mein Recht informiert, dass ich jederzeit meine Zustimmung zurückziehen kann. Ich erkenne an, dass AG in diesem Fall Insurance die vertragliche Beziehung möglicherweise nicht erfüllen kann.

Ich bestätige, dass die vorstehend gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgetreu sind.

Ausgestellt in am / /

Unterschrift des Versicherten:

