

Schademelding

AG Care - Hospitalisatie

VERTROUWELIJK

Contractnr. :

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

Mutualiteitsstrookje



1 in ieder geval **2** indien ziekte **3** indien ongeval

1 Verzekeringnemer

Naam en voornamen of benaming :

Woonplaats (gemeente, straat, nr.) :

Telefoonnummer (kantooruren) : Laatste betaalde premie :

Verzekerde (patient)

Naam en voornamen : Geboortedatum :

Woonplaats (gemeente, straat, nr.) :

Telefoonnummer (kantooruren) : Beroep :

E-mail adres : @

Ziekenfonds (vragen beantwoorden of mutualiteitsstrookje opkleven)

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds - voor de kleine risico's ? NEEN JA

- voor de grote risico's ? NEEN JA

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 ?

NEEN JA Zo JA, benaming en adres van de maatschappij en polisnummer

2 In te vullen in geval van ziekte, zwangerschap of bevalling

Hospitalisatieperiode :

Naam en adres van de verpleeginstelling :

Aard van de ziekte / reden van opname :

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen ?

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

3 In te vullen in geval van ongeval

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

Juiste plaats (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 ? NEEN JA 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 ? NEEN JA

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 :

.....

Ik, ondergetekende, bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

Ik verklaar kennis te hebben genomen van de zware wettelijke gevolgen, namelijk weigering om de verzekerde waarborgen uit te betalen, waartoe elke opzettelijke verzwijging of valse verklaring in het kader van deze schademelding kan aanleiding geven (art. 19-21 van de wet op de Landverzekeringsovereenkomst).

Ik verbind er mij toe bij derden (behandelende artsen, verpleeginrichtingen, instellingen van sociale verzekeringen, andere verzekeringsmaatschappijen, overheid, enz....) alle inlichtingen in te winnen aangaande de overkomen ziekten, ongevallen en aandoeningen en deze te verstrekken aan de adviserende arts van de verzekeraar.

Ik ben akkoord dat AG Insurance bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, met het oog op en binnen het kader van het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken, kan verwerken.

De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang tot deze gegevens is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken.

AG Insurance zal deze gegevens niet meedelen aan derden. Ik ben 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 (of van de persoon die hem/haar vertegenwoordigt indien minderjarig).