

Schademelding

Vertrouwelijk

Zend uw dossier naar: AG Insurance Medische dienst AG Care – 1JQ5B E. Jacquainlaan 53 1000 Brussel of agcareclaims.broker@aginsurance.be	Hebt u vragen? Bel de AG Care Line op 02 664 10 35
---	--

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

Contractnummer (of andere referenties, indien gekend) :

In te vullen in alle gevallen

Aangeslotenen	Verzekeringnemer	Patiënt
Naam en voornaam
Geboortedatum
Adres
E-mailadres@.....@.....
Telefoonnummer (kantooruren)
Beroep
Bankrekeningnummer	
(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"/>	
(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"/>	

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.:

Opnameperiode :

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 arts door wie de diagnose werd gesteld :

■ Bijkomende informatie bij een 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 privacywetgeving, 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 (of van de persoon die hem/haar vertegenwoordigt indien minderjarig),