



Schademelding

Ongevallenverzekering

VERTROUWELIJK

Contract Nr.:

Maatschappijcode:

Schadegeval nr:

Briefwisseling sturen naar: ☐ producent ☐ verzekerde ☐ verzekeringsnemer

Producent / rekening nr: Referte van de producent

Benaming:

Woonplaats: Tel.: Fax:

Dit document moet door de verzekerde zo volledig mogelijk ingevuld EN ondertekend te worden EN daarna onmiddellijk teruggestuurd te worden naar AG Insurance, ter attentie van de adviserende geneesheer.

Verzekeringsnemer

Naam en voornaam of benaming:

Woonplaats (gemeente, straat, nr., bus):

Tel. en/of GSM Fax:

E-mail:

Verzekerde

Naam en voornaam:

Woonplaats (gemeente, straat, nr., bus):

Tel. en/of GSM Fax:

E-mail:

Plaats en datum van geboorte: op / /

Beroep:

Bankrekening: op naam van:

INSZ (identificatienummer sociale zekerheid):

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

Aansluitingsnummer:

Benaming en adres:

Betaling

Medische kosten en vergoedingen moeten betaald worden aan: ☐ producent ☐ verzekerde ☐ verzekeringsnemer

Betaling op: ☐ producentrekening ☐ bankrekeningnummer

Ongeval

- Situering en beschrijving van het voorval

Datum: op / /, om uur

Juiste plaats van het ongeval:

Zo volledig mogelijke beschrijving van de omstandigheden en de oorzaken van het ongeval:

▪ Defende het slachtoffer zijn beroep uit op het ogenblik van de feiten? ☐ ja ☐ neen

☐ ja ☐ neen

▪ Zijn er getuigen van het voorval? ☐ ja ☐ neen

☐ ja ☐ neen

Zo ja, Naam, Voornaam, adres en telefoonnummer:

- Welke zijn de gevolgen van het ongeval ?

▪ Werd er een proces-verbaal opgemaakt? ☐ ja ☐ neen

☐ ja ☐ neen

Zo ja,

Identiteit van verbaliserende overheid?

Opgesteld op / / PV nr

- Indien het slachtoffer minderjarig is:

Naam, voornamen en volledig adres van het gezinshoofd (of voogd):

▪ Bestaat er een verzekeringspolis bij een andere maatschappij voor hetzelfde risico? ☐ ja ☐ neen

☐ ja ☐ neen

Zo ja, benaming van de maatschappij, polisnummer en aard van verzekering:

De verzamelde persoonsgegevens worden verwerkt door AG Insurance, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming van 27 april 2016 en alle andere geldende Belgische regelgevingen betreffende gegevensbescherming.

De verzamelde gegevens worden verwerkt voor de volgende doeleinden: het beheer van het vermelde schadegeval.

Deze gegevens kunnen indien nodig doorgegeven worden aan derden voor zover er een gewettigd belang bestaat. De gegevens kunnen ook meegedeeld worden aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing.

De verwerkte gegevens worden bijgehouden gedurende de hele periode van het schadebeheer, de wettelijke verjaringstermijn, alsook gedurende elke andere wettelijke en reglementaire bewaartermijn.

Binnen de grenzen van de wet heeft u het recht om kennis te nemen van uw gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten verbeteren.

U heeft het recht om zich te verzetten tegen de verwerking van uw gegevens, alsook om uw gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG Insurance de bovenvermelde doeleinden niet kan voortzetten.

U kunt uw rechten uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een tweezijdige kopie van uw identiteitskaart per post te verzenden naar AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, of per e-mail aan: AG_DPO@aginsurance.be.

U kan meer informatie verkrijgen via ditzelfde adres, alsook in de Privacyverklaring van AG Insurance die u terugvindt op de website: www.aginsurance.be.

Ik verklaar uitdrukkelijk akkoord te gaan met de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid of die van de persoon die ik vertegenwoordig, door AG Insurance en door haar aangestelden met het oog op het beheer van het vermelde schadegeval, in het bijzonder de vaststelling en de evaluatie van de opgelopen lichamelijke en materiële schade, en dat deze verwerking mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg.

De ondergetekende stemt in met een eventueel medisch onderzoek.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid in te trekken.

Ik erken dat AG Insurance zich in dat geval in de onmogelijkheid zou bevinden om de doeleinden te verwezenlijken waarmee ik was akkoord gegaan.

Ik, ondergetekende, verklaar dat de voorafgaande antwoorden volledig zijn en met de waarheid overeenstemmen.

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.

Gedaan te op / /

Naam, voornaam en handtekening van de verzekerde

Collectieve Ongevallenverzekering

Medisch Attest - In te vullen door uw arts

Contract Nr.: Schadegeval Nr.:

Gelieve dit medisch attest over te maken via onderstaand mailadres of postadres met de vermelding "Ter attentie van de raadsgeneesheer van AG Insurance"

E-mail: claimsA0@aginsurance.be

Postadres: AG Insurance, Emile Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Verklaart persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht:

Naam en Voornaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboren op: / / te:

Naar aanleiding van haar/zijn ongeval op: / /

Gevolgen van het ongeval

• Datum 1ste raadpleging in verband met het ongeval: / / Uur:

• Beschrijving van de aard van de kwetsuren:

• Werde het slachtoffer gehospitaliseerd? ☐ Ja, van / / tot / / ☐ Neen

• Is of was het slachtoffer tijdelijk ongeschikt? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, periodes en percentages van ongeschiktheid:

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

van / / tot / / inbegrepen aan %

• Het slachtoffer is: ☐ hersteld sinds / / ☐ Nog in behandeling tot / / (vermoedelijke datum)

en is hersteld of zal herstellen ☐ zonder blijvende ongeschiktheid ☐ met een blijvende ongeschiktheid van %

• Bijkomende inlichtingen:

Opgemaakt te op / /

Handtekening en stempel van de arts:

Collectieve Ongevallenverzekering

Genezingsattest - In te vullen door uw arts

Contract Nr.: Schadegeval Nr.:

Gelieve dit medisch attest over te maken via onderstaand mailadres of postadres met de vermelding "Ter attentie van de raadsgeneesheer van AG Insurance"

E-mail: claimsA0@aginsurance.be

Postadres: AG Insurance, Emile Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel

De ondergetekende, dokter in de geneeskunde,

Naam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Verklaart persoonlijk te hebben ondervraagd en onderzocht:

Naam en Voornaam:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Geboren op: / / te:

die het slachtoffer was van een ongeval op: / /

Gevolgen van het ongeval:

- Het slachtoffer is ☐ nog in behandeling ☐ hersteld sinds / /
- Het slachtoffer is hersteld: ☐ zonder blijvende ongeschiktheid ☐ Met een blijvende ongeschiktheid van: %
☐ zonder blijvende invaliditeit ☐ Met een blijvende invaliditeit van: %
- De blijvende letsels zijn de volgende :
.....
.....

- De periodes en percentages van ongeschiktheid waren de volgende:

van / /	tot / /	inbegrepen aan %
van / /	tot / /	inbegrepen aan %
van / /	tot / /	inbegrepen aan %
van / /	tot / /	inbegrepen aan %

- Bijkomende inlichtingen:
.....
.....

Opgemaakt te op / /

Handtekening en stempel van de arts: