

Groepsverzekering (Health Care)



Dit document geeft de adviserende arts van AG meer informatie over de aard van de medische zorgen en over de duur en de graad van de arbeidsongeschiktheid.

Laat het tweede deel van dit document door uw behandelende arts invullen.

Bij een bevalling moet u alleen het eerste deel invullen.

Snelle en digitale aangifte via MyAG Employee Benefits

U kan uw arbeidsongeschiktheid **volledig online beheren** via **MyAG Employee Benefits**.

Zowel op de **app** als via uw **computer** kan u dit medisch getuigschrift en andere documenten zoals ziektebriefjes snel en veilig opladen.

Voordelen:

- Geen papierwerk of post meer nodig;
- Uw dossier wordt onmiddellijk geregistreerd en sneller behandeld;
- U kan makkelijk een verlenging en een gedeeltelijke of volledige werkhervatting doorgeven in enkele klikken.



1. In te vullen door de verzekerde in alle gevallen

[Optioneel] Groepsnummer: en/of andere referte (bv. het nummer op uw kaart):

Identiteit verzekerde:

Naam: Voornaam: Geboortedatum: / /

In te vullen bij een bevalling:

Aanvang van de bevallingsrust: / /

Exacte datum van de bevalling: / /

Einde van de bevallingsrust: / /

2. In te vullen door de arts

In te vullen bij ziekte

Diagnose en/of symptomen van de aandoening:

Sinds welke datum verzorgt u de belanghebbende voor deze aandoening? / /

Wanneer werden de eerste verschijnselen waargenomen? / /

Is de huidige ziekte het gevolg van een vroeger opgelopen gebrekkigheid of ziekte? ☐ Neen ☐ Ja

Zo ja, dewelke? Sinds wanneer? / /

Werd de belanghebbende al door een andere arts verzorgd?

• voor een vroegere aandoening? ☐ Neen ☐ Ja

Zo ja, naam en adres:
.....

- voor de huidige ziekte?

☐ Neen ☐ Ja

Zo ja, naam en adres:

Als de belanghebbende in een verpleeginrichting werd opgenomen, in welke inrichting? (benaming en adres):

.....

Datum van opname: / / Voorziene duur:

Heeft de belanghebbende een heelkundige ingreep ondergaan of zal hij er één ondergaan? ☐ Neen ☐ Ja

Zo ja, aard van de ingreep (eventueel medische code):

Datum (of vermoedelijke datum): / /

In te vullen bij een ongeval

Datum van het ongeval: / / om : uur

Aard van het ongeval: ☐ Privé ☐ Verkeer ☐ Sport ☐ Werk ☐ Andere:

Gelieve de letsels in detail te beschrijven (aard, lokalisaties, omvang, ...):

.....

Aanvang van de arbeidsongeschiktheid:

..... / / [exacte datum]

Eventuele datum van werkhervatting: / /

Is de huidige arbeidsongeschiktheid volledig? ☐ Neen ☐ Ja, verwachte duur: [na aanvangsdatum]

Zo neen, wat is het percentage ervan? % verwachte duur: [na aanvangsdatum]

Hoe schat u de evolutie van de arbeidsongeschiktheid in?

.....

Opgemaakt te: op: / /

Handtekening van de verzekerde:

Handtekening en stempel van de arts:

AG verwerkt als verantwoordelijke voor de verwerking uw persoonsgegevens voor de doeleinden vermeld in de algemene voorwaarden (pensioenreglement indien sectoraal aanvullend pensioen), en in het bijzonder met het oog op het uitvoeren van de aanvullende voordelen die uw werkgever of sector u toekent (aanvullend pensioen en/of beroepsgebonden ziekteverzekering) en waarvan hij het beheer aan AG toevertrouwt. Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens kan u raadplegen in de algemene voorwaarden (pensioenreglement indien sectoraal aanvullend pensioen) en in onze privacyverklaring op www.aginsurance.be.