

Aangifte arbeidsongeschiktheid

Groepsverzekering (Health Care)

VERTROUWELIJK



Snelle digitale aangifte via MyAG Employee Benefits!

U kan uw arbeidsongeschiktheid nu volledig digitaal beheren via MyAG Employee Benefits, beschikbaar op smartphone en desktop.

Dan hoeft u dit formulier niet in te vullen. Geef al uw gegevens eenvoudig door via de app of op uw computer. Zo wordt uw dossier meteen digitaal doorgestuurd en sneller verwerkt.



In de app of op uw computer kan u ook:

- Een verlenging en een gedeeltelijke en volledige werkhervatting in enkele klikken doorgeven.
- Al uw documenten zoals attesten en ziektebriefjes rechtstreeks uploaden;
- Bevestigingen van ontvangst krijgen.

Doet de verzekerde zijn aangifte online via MyAG Employee Benefits?

Dan moet hij of zij enkel het formulier 'Medisch getuigschrift' (ingevuld door de behandelende arts) en de ziekteattesten vanaf de begindatum uploaden in MyAG Employee Benefits.

Doet de verzekerde de aangifte per post of per mail?

Dan moet hij of zij dit formulier 'Aangifte arbeidsongeschiktheid' volledig invullen en samen met het formulier 'Medisch getuigschrift' en de ziekteattesten vanaf de begindatum opsturen naar AG, ter attentie van de adviserende arts.

[Optioneel] Groepsnummer: en/of contractnummer/andere referte:

In te vullen in alle gevallen

Werkgever:

Verzekerde

Naam en voornaam

Geboortedatum / /

Straat, nr.

Postcode en gemeente

Privé e-mailadres

Privé telefoonnummer

Beroep

Post- of bankrekeningnr.:

Naam rekeninghouder:

Vergeet niet om uw bankrekeningnummer in te vullen en een kopie van uw bankkaart toe te voegen.

Wat is de begindatum van de arbeidsongeschiktheid? / /

Reden van arbeidsongeschiktheid:

Wanneer werden de eerste verschijnselen ervan waargenomen?

Is de verzekerde bij AG of een andere maatschappij gedekt door een verzekeringspolis die dezelfde waarborgen voorziet? ☐ Neen ☐ Ja

Zo ja, benaming en adres van de maatschappij en polisnr.:
.....
.....
.....

Genoot de verzekerde een waarborg invaliditeitsrente bij zijn vorige werkgever? ☐ Neen ☐ Ja

Indien ja, gelieve ons het attest met de periode van aansluiting en de waarborgen van de vorige verzekeraar te bezorgen.

In te vullen bij een hospitalisatie

Hospitalisatieperiode:

Aard van de ziekte en/of van de letsels:
.....
.....

Eventuele heelkundige ingreep

In te vullen bij een ongeval

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

Datum en uur van het ongeval: op / / om uur ☐ voormiddag ☐ namiddag

Relaas van de feiten:
.....
.....
.....
.....

Is er een proces-verbaal opgemaakt?

Bezorg het ons dan zeker ook.

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.ag.be.

Verwerking van bijzondere categorieën van persoonsgegevens

- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van de persoonsgegevens inzake mijn gezondheid door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval, met inbegrip van de opmaak van statistieken.
- Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van mijn persoonsgegevens over strafrechtelijke veroordelingen en overtredingen door AG en door mijn gemachtigden in het kader van de behandeling van het schadegeval.



AG is de verantwoordelijke voor de verwerking van die gegevens en verbindt er zich in dit kader toe de verplichtingen voortvloeiend uit de toepasselijke privacywetgeving na te leven.

Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming in te trekken. Ik erken dat AG in dat geval de contractuele relatie niet kan uitvoeren.

Ik bevestig dat de voorgaande antwoorden volledig en waarheidsgetrouw zijn.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde: