

Déclaration d'hospitalisation

AG Care Hospitalisation (Health Care)



Déclarez facilement votre hospitalisation en ligne via www.ag.be/hospi.
Vous y trouvez également des conseils sur 'Que faire en cas d'hospitalisation?'

OU

Envoyez ce formulaire à :
AG
Service Médical Health Care – JQ3B
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles
OU
hospi.retail@aginsurance.be

CONFIDENTIEL

Référence client : 0079

Données personnelles de l'assuré bénéficiaire des soins

Nom et prénom

Date de naissance / /

Rue, n°

Code postal et localité

Adresse e-mail

N° téléphone

N° de compte bancaire:

Titulaire du compte:

Données de l'hospitalisation

Période d'hospitalisation: du / / au / /

Nom et adresse de l'hôpital:

Type de chambre: Chambre individuelle Chambre à deux ou plusieurs lits

Raison de l'hospitalisation:

Intervention chirurgicale
Précisez laquelle?

Maladie
Précisez laquelle?

Accouchement

Accident
Description de l'accident:

Données relatives à une éventuelle autre assurance hospitalisation

L'assuré bénéficiaire des soins est-il couvert par une assurance hospitalisation auprès d'un autre assureur?

Non Oui

Si oui,

nom de la compagnie

.....

.....

et n° de contrat :

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales (le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle), et en particulier en vue de l'exécution des avantages complémentaires (pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle) souscrits en votre faveur par votre employeur ou secteur et dont la gestion a été confiée à AG. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales et notre Notice Vie Privée sur www.aginsurance.be.

Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque et/ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques.

Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement de mes données à caractère personnel relatives aux condamnations pénales et aux infractions par AG et par mes mandataires dans le cadre du traitement du sinistre.

AG est responsable du traitement de ces données et, à ce titre, s'engage à respecter les obligations découlant de la législation applicable relative à la protection de la vie privée.

J'ai été informé de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

Je certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Fait à le / /

Signature de l'assuré (ou de son représentant légal):