



Aangifte van hospitalisatie

Groepsverzekering (Health Care)



Geef uw hospitalisatie gemakkelijk online
aan via **MyAG Employee Benefits**
of via **www.ag.be/hospi**.
U vindt er ook advies over
'Hospitalisatie en medische kosten'.

OF

Stuur dit formulier naar:
AG
Medische Dienst Health Care - JQ3B
E. Jacquainlaan 53, 1000 Brussel

VERTROUWELIJK

Klantreferentie: 0079

Persoonsgegevens van de verzekerde die de zorgen krijgt

Naam en voornaam

Geboortedatum / /

Straat, nr.

Postcode en plaats

E-mailadres

Telefoonnr.

Bankrekeningnummer:

Rekeninghouder:

Gegevens hospitalisatie

Duur hospitalisatie: van / / tot / /

Naam en adres van het ziekenhuis:

Soort kamer: Eenpersoonskamer Twee- of meerpersoonskamer

Reden hospitalisatie:

Chirurgische ingreep
Geef aan welke?

Ziekte
Geef aan welke?

Bevalling

Ongeval
Omschrijving van het ongeval:

Gegevens over een eventuele andere hospitalisatieverzekering

Is de verzekerde gedekt door een hospitalisatieverzekering bij een andere verzekeraar?

Nee Ja

Zo ja,

naam van de verzekeraar

.....

en contractnr.:

AG verwerkt als verantwoordelijke voor de verwerking uw persoonsgegevens voor de doeleinden vermeld in de algemene voorwaarden [pensioenreglement voor het sectoraal aanvullend pensioen], en in het bijzonder met het oog op het uitvoeren van de aanvullende voordelen [aanvullend pensioen en/of beroepsgebonden ziekteverzekering] die uw werkgever of sector voor u heeft afgesloten en waarvan het beheer aan AG is toevertrouwd. Meer informatie over de verwerking van uw persoonsgegevens vindt u in de algemene voorwaarden en in onze privacyverklaring op www.aginsurance.be.

Ik, ondergetekende, stem uitdrukkelijk in met de verwerking van mijn persoonlijke gezondheidsgegevens door AG en mijn gemachtigden met het oog op de beschrijving van het risico en/of de behandeling van de claim, met inbegrip van het opmaken 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 verantwoordelijk voor de verwerking van deze gegevens en verbindt zich ertoe de verplichtingen na te leven die voortvloeien uit de toepasselijke wetgeving inzake de bescherming van de persoonlijke levenssfeer.

Ik werd ervan op de hoogte gebracht dat ik te allen tijde het recht heb om mijn toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG in dat geval niet in staat zou zijn de contractuele relatie uit te voeren.

Ik verklaar dat bovenstaande antwoorden volledig en waarheidsgetrouw zijn.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde [of wettelijke vertegenwoordiger]: