

Avis de sinistre

Assurance de groupe (Health Care)



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

OU

Envoyez ce formulaire à :
AG Insurance
Service Médical Health Care - 1JQ5B
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

CONFIDENTIEL

Cochez les garanties concernées :

Hospitalisation / Frais médicaux Rente d'invalidité / Prime d'exonération

Ce document doit être complété par l'assuré et adressé à AG, à l'attention du médecin-conseil.

Pour la déclaration d'un dossier « Rente d'invalidité », il est indispensable de joindre notre formulaire « certificat médical », complété par votre médecin traitant ainsi que les attestations d'incapacité de travail.

Groupe n° :et/ou autre référence (par exemple le numéro de votre carte) :

A compléter dans tous les cas

Employeur (ou ex-employeur si pensionné) :

Affiliés	Membre du personnel	Bénéficiaire des soins
Nom et prénom
Date de naissance / / / /
Rue, n°
Code postal et localité
Adresse e-mail
N° téléphone (heures de bureau)
Profession

N° de compte bancaire :

Titulaire du compte :

Hospitalisation période :

Nom et adresse de l'établissement hospitalier :

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

Nature de la maladie et/ou des lésions :

Intervention chirurgicale éventuelle :

Quand sont apparues les premières manifestations ?

Date du début de l'incapacité de travail (pour la garantie rente d'invalidité) : / /

Le bénéficiaire des soins est-il couvert par une police d'assurance accordant les mêmes couvertures auprès d'AG ou d'une autre compagnie ? Non Oui

Si oui, dénomination et adresse de la compagnie et n° de police :

.....
.....

A compléter en cas d'accident

Nature de l'accident : Privé Circulation Sportif
 Travail Scolaire Autre :

Y-a-t-il une autre assurance qui couvre l'accident ? Non Oui

Si oui, laquelle + nom compagnie + n° de la police :



Date et heure de l'accident : le / / à heures avant midi après midi

Lieu précis :

Relation des faits :

Partie adverse éventuelle :

- nom et adresse :
- compagnie d'assurance (nom, adresse et n° de police) :

Témoins : noms et adresses :

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Non Oui

Si oui, Police de : op / /

N° PV et joindre copie du PV d'audition :

Qui est responsable de l'accident ? (nom et adresse de la personne responsable) :

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? Non Oui

Dans l'affirmative : quel est l'employeur ? (nom et adresse) :

Auprès de quelle compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

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:

