

Aangifte

Pension@work – Arbeidsongeschiktheid

Contractnummer :

Dit document moet door de verzekerde ingevuld en ondertekend worden.

Identificatie van de verzekerde

Naam : Voornaam :

Geboortedatum : / /

Straat, nr., bus :

Postcode : Gemeente :

Telefoon of GSM : e-mailadres :

Exacte beroepsactiviteiten (zowel hoofd- als bijberoep omschrijven) :

☒ Loontrekkende : ☐ Arbeider ☐ Zelfstandige ☐
☐ Bediende

Naam van de werkgever :

Adres :

Identificatie van de verzekeringnemer

Naam :

Ondernemingsnummer (=KBO-nummer) :

Betalingsmodaliteiten

Betaling op rekeningnummer :

B	E		
---	---	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Op naam van :

Indien de terugbetaling van de premie ten voordele van een andere begunstigde moet gebeuren **en** voor zover dit voorzien is in de contractvoorwaarden :

Terugbetaling van de premie op rekeningnummer :

B	E		
---	---	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--

Op naam van :

Andere informatie

De begindatum van de arbeidsongeschiktheid of van de invaliditeit : / /

Bent u bij een andere verzekeringsmaatschappij verzekerd voor dezelfde waarborgen ? ☐ Ja ☐ neen

Benaming en adres van de maatschappij :

Verzekeringsproduct en contractnummer :

☐ In te vullen in geval van ziekte

Op welke datum raadpleegde u voor het eerst een arts betreffende de huidige klachten ?

Op welke datum werd de eerste diagnose gesteld ?

Naam van de arts ?

Hebt u vroeger al aan deze aandoening geleden ? ☐ ja ☐ neen Zo ja, wanneer ?

☐ **In te vullen in geval van ongeval** (Indien mogelijk een krantenknipsel bijvoegen)

Datum en uur :

Plaats van het ongeval :

Het betreft een :

☐ Arbeidsongeval

Naam van de arbeidsongevallenverzekeraar :

Contractnummer :

☐ Privéongeval

☐ Sportongeval, welke sport ?

☐ Verkeersongeval,
was u

☐ bestuurder (vracht)wagen

☐ passagier

☐ voetganger

☐ motorrijder

☐ fietser

☐ andere:

Eventuele tegenpartij

Naam en adres :

Verzekeringsmaatschappij van de tegenpartij :

Contractnummer :

Relaas van het ongeval, met eventuele schets

Een gedetailleerde beschrijving van de omstandigheden en oorzaak is noodzakelijk, indien nodig kunt u uw verklaring op een aparte bladzijde noteren en als bijlage toevoegen.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Werd een proces verbaal opgesteld ? ☐ ja ☐ neen Zo ja, Nr. PV :

Door de politie van

De ondergetekende bevestigt dat de voorgaande antwoorden volledig en met de waarheid overeenstemmen.

AG Insurance nv met maatschappelijke zetel te E. Jacqmainlaan 53, B-1000 Brussel, verwerkt, mits naleving van de Belgische privacywetgeving, bovenvermelde persoonsgegevens met het oog op het beheer van de aangifte en van de relaties die uit de verzekeringsovereenkomst voortvloeien, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn persoonlijke gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren.

Opgemaakt te op / /

Handtekening van de verzekerde

Deze AANGIFTE moet samen met het MEDISCH GETUIGSCHRIFT opgestuurd worden naar de adviserende arts van AG Insurance, AG Insurance – Claims Corporate Income Care, E. Jacqmainlaan 53 (1JQ5B) te 1000 Brussel.

AG Insurance nv – E. Jacqmainlaan 53, B-1000 Brussel – RPR Brussel – BTW BE 0404.494.849 – www.aginsurance.be

Tel. +32(0)2 664 81 11 – Fax +32(0)2 664 81 50

Verzekeringsonderneming toegelaten onder code 0079, onder toezicht van de Nationale Bank van België, de Berlaimontlaan 14, 1000 Brussel

Contact: Nieuwbrug 17, B-1000 Brussel