



AG Care

Hospitalisatie

Contractnr. :

Dit document moet door de verzekerde ingevuld worden.



1 in ieder geval **2** indien ongeval **3** indien het plan de terugbetaling van de medische kosten voorziet.

Om overbodige briefwisseling te vermijden en de betaling te bespoedigen, is het nodig ons formulier "medisch getuigschrift", ingevuld door uw huisarts, bij te voegen.

1 Verzekeringnemer

Naam en voornamen of benaming :

Woonplaats (gemeente, straat, nr.) :

Telefoonnummer (kantooruren) : Laatste betaalde premie :

Verzekerde

Naam en voornamen : Geboortedatum :

Woonplaats (gemeente, straat, nr.)

Telefoonnummer (kantooruren) Beroep :

Ziekenfonds

Is de verzekerde aangesloten bij een ziekenfonds - voor de kleine risico's ? NEEN JA

- voor de grote risico's ? NEEN JA

Aansluitingsnummer :

Benaming en adres :

Gewenste wijze van betaling

Post- of bankrekeningnr.

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

op naam van

Zo niet, postmandaat.....

Is de rechthebbende bij Fortis AG of een andere maatschappij gedekt door een verzekeringspolis die dezelfde waarborgen voorziet ? NEEN JA

Zo JA, benaming en adres van de maatschappij en polisnummer

2 Datum en uur van het ongeval

op, om uur ^{voor-}_{na-} middag

Juiste plaats (schets bijvoegen) :

Maatschappij en nr. van het contract dat de burgerlijke aansprakelijkheid van de verzekerde dekt.....

Eventuele tegenpartij : naam en adres

verzekeringsmaatschappij (naam, adres en polisnummer)

Getuigen : naam en adres.....

Relaas van de feiten :

Werd er proces-verbaal opgemaakt ? NEEN JA Zo JA, door wie ?..... PV-nr.:

Wie is volgens u aansprakelijk voor het ongeval (naam en adres)

Was de rechthebbende op het ogenblik van het schadegeval in dienst van een werkgever, of op de weg van of naar het werk ? NEEN JA

Zo JA, wie is de werkgever ? (naam en adres)

Bij welke maatschappij is hij voor de arbeidsongevallen verzekerd ? (naam, adres en polisnummer)

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

Hij gaat akkoord dat Fortis AG bovenvermelde gegevens, mits naleving van de Belgische privacy-wetgeving, kan verwerken met het oog op het verlenen en het beheer van verzekeringsdiensten in het algemeen, met inbegrip van het opmaken van statistieken. De betrokken persoon heeft het recht om zijn gegevens in te kijken en, in voorkomend geval, te verbeteren. De gegevens die de gezondheid betreffen worden enkel verwerkt onder de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg en de toegang ertoe is beperkt tot die personen die ze nodig hebben voor de uitoefening van hun taken. Fortis AG zal deze gegevens niet meedelen aan derden.

Ondergetekende gaat evenwel akkoord dat Fortis AG deze gegevens meedeelt voor zover hiertoe in haar hoofde een wettelijke of contractuele verplichting of een gewettigd belang bestaat.

Opgemaakt te, op Handtekening van de aangeslotene

Afrekening op keerzijde (in te vullen door de aangeslotene)

