

Aangifte

Gewaarborgd Inkomen – Aanvullende verzekering Invaliditeit

Verzekeringsproduct: _____

Contractnummer: _____

Onze referentie: _____

Dit document moet door de verzekerde worden ingevuld en ondertekend.

Identificatie van de verzekerde

Naam: _____ Voornaam: _____

Geboortedatum: _____

Straat: _____ Nummer: _____ Bus: _____

Postcode: _____ Plaats: _____

E-mailadres: _____ Telefoonnummer: _____

Naam en adres van de werkgever: _____

Exacte beroepsactiviteiten [zowel hoofd- als bijberoep omschrijven]: _____

Loontrekkende: ☐ Arbeider ☐ Bediende ☐ Zelfstandige ☐ _____

Identificatie van de verzekeringnemer

Naam: _____

Betalingsmodaliteiten

Betaling op rekeningnummer: _____

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: _____

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

Naam 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, op [datum]

☐ Neen

Ligt een stress-gerelateerde aandoening aan de basis van uw arbeidsongeschiktheid, lees dan zeker ook de rubriek **"Belangrijke informatie bij arbeidsongeschiktheid op basis van een stress-gerelateerde aandoening"**.

☐ 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 opgemaakt?

☐ Ja, met het nummer door de politie van

☐ Neen

Belangrijke informatie bij arbeidsongeschiktheid op basis van een stress-gerelateerde aandoening

Onze diensten bieden meer dan financiële steun

Onderstaande is geldig voor de producten Gewaarborgd Inkomen en de aanvullende verzekering arbeidsongeschiktheidsrente bij een 2e pijler product voor zelfstandigen.

Ligt een stress-gerelateerde aandoening aan de basis van uw arbeidsongeschiktheid?

Dan is het mogelijk dat u in aanmerking komt voor **een zorg- en ondersteuningstraject met het oog op een terugkeer naar het werk**. Dit is een extra service die AG u gratis en volledig vrijblijvend aanbiedt bovenop de contractueel vastgelegde schade-uitkering.

Indien de adviserende arts van AG op basis van uw medisch dossier oordeelt dat u in aanmerking komt voor een dergelijk traject, zullen we u volledig vrijblijvend de nodige info toesturen. U kiest daarna zelf of u van deze service gebruik wil maken.

Wilt u deze vrijblijvende info echter *niet* ontvangen of wilt u *niet* dat AG uw medische gegevens verwerkt om te bepalen of u in aanmerking komt voor dit traject, gelieve dit hierna aan te duiden:

☐ Ik geef *geen* toestemming aan AG om mijn medische gegevens te verwerken om te bepalen of ik in aanmerking kom voor de opstart van een gratis en vrijblijvend zorg- en ondersteuningstraject met het oog op een terugkeer naar het werk.

Voor meer informatie over uw rechten en hoe AG omgaat met uw persoonsgegevens kan u onze [Privacyverklaring](#) op www.ag.be raadplegen.

De in dit document verkregen persoonsgegevens worden verwerkt door AG Insurance nv (afgekort AG), met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, als verantwoordelijke voor de verwerking, overeenkomstig de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, alsook conform de Privacyverklaring van AG op www.ag.be.

Deze persoonsgegevens worden verwerkt in het kader van deze aanvraag en voor de uitvoering van het contract verbonden aan deze aanvraag evenals voor de doeleinden vermeld in de Privacyverklaring van AG.

U kunt uw rechten met betrekking tot de verwerking van deze gegevens uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een identificatiedocument of een ander identificatiemiddel per post naar AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53 of per e-mail aan: AG_DPO@aginsurance.be. Klachten kunnen eventueel worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.

Opgemaakt te op

Handtekening van de verzekerde:

[Zie ook [hoe elektronisch ondertekenen met acrobat reader](#)]

.....

Deze AANGIFTE moet samen met het Medisch getuigschrift opgestuurd worden naar de adviserende arts van AG Insurance / 1JP5E, E. Jacqmainlaan 53 te 1000 Brussel of via mail naar claims.life.broker@aginsurance.be

