

Avis de sinistre

AG Care – Hospitalisation



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
OU
agcareclaims.broker@aginsurance.be

Avez-vous des questions ?
Appelez-l'AG Care Line sur
02 664 10 30

CONFIDENTIEL

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

N° contract : et/ou autre référence :

A compléter dans tous les cas

Affiliés	Preneur d'assurance	Bénéficiaire des soins
Nom et prénom	.....	.....
Date de naissance / / / /
Rue, n°	.....	.....
Code postal et localité	.....	.....
Adresse e-mail	.....	.....
N° téléphone (heures de bureau)	.....	.....
N° de compte bancaire :	□□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□ □□□□	
Titulaire du compte :	.....
Période d'hospitalisation :	.....
Nom et adresse de l'établissement hospitalier :	.....
Type de chambre :	<input type="checkbox"/> Chambre individuelle <input type="checkbox"/> Chambre à deux ou plusieurs lits	
Nature de la maladie et/ou des lésions :	.....
Intervention chirurgicale éventuelle :	.....
Quand sont apparues les premières manifestations ?	.....
Le bénéficiaire des soins est-il couvert par une police d'assurance accordant les mêmes couvertures auprès d'AG Insurance ou d'une autre compagnie ?	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> 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 : le / /

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) :

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

Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG Insurance et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque et/ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques. AG Insurance 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 Insurance 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 :

Protection de la vie privée

Les données à caractère personnel du preneur, l'assuré, le bénéficiaire et (le cas échéant) de son représentant légal sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 (ci-après, « AG Insurance »), en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement [UE] 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG Insurance sur le site web www.aginsurance.be.

Ces données sont traitées pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance et en particulier pour :

- la gestion et l'exécution des services d'assurance, en ce compris la gestion de la relation clientèle, et ce sur base de l'exécution du contrat;
- réaliser toute finalité imposée à AG Insurance par une disposition légale, réglementaire ou administrative, et ce sur base de cette disposition comme notamment toute obligation de retenues (para)fiscales;
- l'analyse des données, l'établissement de statistiques, de modèles et de profils, la détection et la prévention des abus et de la fraude, la constitution de preuves, la sécurité des réseaux et systèmes informatiques d'AG Insurance, la sécurité des biens et des personnes, l'optimisation des processus (par exemple d'évaluation et d'acceptation du risque, des processus internes, etc.), le développement de nouveaux produits, la prospection ainsi que, le cas échéant, le profilage et la prise de décisions sur base d'un profil pour les finalités mentionnées ci-dessus, et ce sur base de l'intérêt légitime d'AG Insurance.



Dans certains cas, ces finalités de traitement peuvent être basées sur le consentement de la personne concernée.

Si les finalités précitées le requièrent et en conformité avec la législation sur la protection de la vie privée, AG Insurance peut communiquer ces données à caractère personnel à d'autres entreprises d'assurance intervenantes, à leurs représentants en Belgique, à leurs correspondants à l'étranger, aux entreprises de réassurance concernées, à un expert, à un avocat, à un conseiller technique, à un intermédiaire d'assurances ou à un sous-traitant. En outre, AG Insurance peut transmettre ces données à toute autre personne ou instance en vertu d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire, ou encore si un intérêt légitime le justifie.

AG Insurance est susceptible de transmettre les données à caractère personnel en dehors de l'Espace économique européen (EEE) dans un pays qui peut, le cas échéant, ne pas assurer un niveau de protection adéquat des données à caractère personnel. Dans ce cas, AG Insurance protège toutefois les données en renforçant davantage la sécurité informatique et en exigeant contractuellement un niveau de sécurité renforcé de la part de ses contreparties internationales.

Données relatives à la santé

Lorsque, dans le cadre de la description du risque ou du traitement d'un sinistre, la personne concernée confie des données relatives à sa santé à AG Insurance, cette dernière veille à ce que ces données soient traitées moyennant le consentement explicite de la personne concernée, dans la poursuite de la finalité consentie. La personne concernée peut à tout moment retirer son consentement relatif au traitement des données à caractère personnel concernant sa santé. Dans ce cas, elle reconnaît qu'AG Insurance ne peut pas donner suite à sa demande d'intervention et/ou ne peut pas exécuter la relation contractuelle.

Droits de la personne concernée

Dans les limites de la loi :

- la personne concernée a le droit de prendre connaissance de ses données afin d'en demander une rectification, le cas échéant ;
- la personne concernée a le droit de s'opposer au traitement de ses données, de demander la limitation du traitement de ses données et de demander la suppression de ses données. Dans ces cas, il est possible qu'AG Insurance ne puisse pas exécuter la relation contractuelle.

À cette fin, la personne concernée peut adresser une demande datée et signée au Data Protection Officer (« DPO ») d'AG Insurance, accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité.

Les demandes d'intervention du Data Protection Officer d'AG Insurance sont à envoyer aux adresses suivantes :

Par courrier :

AG Insurance – Data Protection Officer
Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles

Ou par e-mail : AG_DPO@aginsurance.be

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Plus d'informations relatives à la manière dont AG Insurance protège les données à caractère personnel et à l'exercice des droits des personnes concernées se trouvent dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance, disponible sur www.aginsurance.be.



Certificat médical

AG Care - Hospitalisation

Confidentiel

Contrat n° :

Ce document doit être complété par le médecin traitant ou le médecin de famille.

Il ne doit pas l'être en cas d'accouchement.

dans tous les cas 1 + 2 en cas de maladie + 3 en cas d'accident

Ce certificat est destiné à informer le médecin conseil de AG Insurance sur la nature des soins reçus par l'intéressé.

1 A compléter dans tous les cas

Nom et prénoms de l'intéressé (en lettres capitales) :

Date de naissance :

Diagnostic et/ou symptômes de l'affection

Depuis quelle date soignez-vous l'intéressé pour cet accident ou cette affection ? :

Si l'intéressé est hospitalisé, dans quel établissement se trouve-t-il ? (Dénomination et adresse) :

Début de l'hospitalisation..... Durée probable.....

L'intéressé a-t-il subi ou devra-t-il subir une intervention chirurgicale ? NON OUI

Si OUI, nature de l'intervention (éventuellement code médical).....

Date (ou date probable).....

L'intéressé est-il autorisé à sortir ? NON OUI

2 En cas de maladie

Quand les premières manifestations sont-elles apparues ?

La maladie actuelle est-elle la suite d'une infirmité ou d'une

maladie encourue antérieurement ? NON OUI

Si OUI, laquelle ? Depuis quand ?

L'intéressé a-t-il été soigné par d'autres médecins que vous

- pour l'affection prédisposante ? NON OUI

- pour la maladie actuelle ? NON OUI

Si OUI, nom et adresse.....

3 En cas d'accident

Accident survenu le à heures

Veuillez donner une description détaillée de la lésion (nature, localisation, étendue, etc...) :

La lésion a-t-elle une répercussion sur les organes voisins ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

L'intéressé était-il antérieurement à l'accident atteint d'une infirmité

ou d'une affection quelconque ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

A-t-elle une influence sur l'évolution de la lésion ? NON OUI

Si OUI, laquelle ?

Fait à, le

Signature et cachet du médecin,