

Door de werkgever in te vullen en naar de verzekerde door te sturen.

## Aangifte bij ziekte of ongeval (Arbeidsongeschiktheid)

|  |   |                      |
|--|---|----------------------|
| Bedrijf:   |   |                      |
| Nr groepsverzekering: BCVR:  |   |                      |
| Naam en voornaam van de verzekerde:  |   |                      |
| Adres: Straat  | Nr:   |                      |
| Postnummer:  | Gemeente:   |                      |
| Geboortedatum:   | Stamnummer:   | Rijksregisternummer: |
| Taal: <input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans   | Geslacht: <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw                               |                      |
| Categorie: <input type="checkbox"/> Arbeider <input type="checkbox"/> Bediende <input type="checkbox"/> Kader <input type="checkbox"/> Directeur <input type="checkbox"/> Zelfstandige |   |                      |
| Gedetailleerde jobomschrijving:  |   |                      |
| Rekeningnummer verzekerde  | BIC <input type="text"/>  |                      |
|  | IBAN <input type="text"/>   |                      |
| Datum van indiensttreding bij het bedrijf:   | Werkregime: %   |                      |
| Bruto-maandloon: euro  | Tijdskrediet: % van tot   |                      |
| Ontslag met ingang van:  |   |                      |
| Duur opzegperiode  | Verbrekingsvergoeding: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen                    |                      |
| De arbeidsongeschiktheid is gewettigd door:  | <input type="checkbox"/> bevalling <input type="checkbox"/> ziekte <input type="checkbox"/> ongeval |                      |
| Gaat het over een arbeidsongeval:  | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen   |                      |
| Datum van de eerste dag afwezigheid van de verzekerde:   |   |                      |
| De verzekerde heeft het werk hervat:   | / /20 voltijds  |                      |
|  | / /20 deeltijds aan: %  |                      |
| Contactpersoon firma:  |   |                      |
| E-mailadres:   | @   |                      |
| Tel.:  |   |                      |

Elke gedeeltelijke of volledige hervatting van de beroepsbezigheid dient onmiddellijk meegedeeld te worden.

Opgemaakt op

Handtekening

Gelieve de gegevens op de keerzijde te laten invullen door de verzekerde.

**Door de verzekerde in te vullen en direct op te sturen naar:**

Allianz Benelux n.v.  
 Claims Healthcare  
 Lakensestraat 35  
 1000 Brussel  
 t.a.v. de adviserend geneesheer

|                         |        |                      |                  |
|-------------------------|--------|----------------------|------------------|
| Uw naam:                |        | Uw voornaam:         |                  |
| Uw E-mailadres:         |        | @                    |                  |
| Tel.:                   |        |                      |                  |
| Rekeningnummer:         | BIC :  | <input type="text"/> |                  |
|                         | IBAN : | <input type="text"/> |                  |
| U hebt het werk hervat: | /      | /20                  | voltijds         |
|                         | /      | /20                  | deeltijds aan: % |

**Let op! Document verplicht bij te voegen**

Een attest van uw ziekenfonds ( ziekte, privéongeval of zwangerschap ) of van de wetsverzekeraar (arbeidsongeval). Het attest moet de periodes en percentages van erkenning vermelden en ook de toegekende (dag)vergoeding.

**Medische verklaring in te vullen door uw geneesheer of door uzelf**

|   |                 |                            |                |
|---|-----------------|----------------------------|----------------|
| Aard van het letsel / de aandoening:  |                 |                            |                |
| Datum eerste medische raadpleging:  | Opname?         |                            |                |
| Hebt u deze aandoening al eens gehad?   | Wanneer?        |                            |                |
| Datum eerste behandeling:   |                 |                            |                |
| Bestaat er een verband met een vroegere ziekte en/of ongeval?   |                 |                            |                |
| Welke?  |                 |                            |                |
| Welke is de toegepaste behandeling/medicatie:   |                 |                            |                |
| Voorziene periode arbeidsongeschiktheid:  |                 |                            |                |
| Reële bevallingsdatum:  | / /20           | Voorziene bevallingsdatum: | / /20          |
| Is uw arbeidsongeschiktheid het gevolg van een ongeval? Zo ja, vul dan hieronder de juiste omstandigheden van het ongeval in en voeg alle nuttige documenten bij (medisch verslag van de spoeddienst, attest sportclub, medisch attest, PV nummer politie, ...) |                 |                            |                |
| <input type="text"/>  | plaats:         | <input type="text"/>       | datum en uur:  |
| <input type="text"/>  |                 |                            |                |
| <input type="text"/>  | omstandigheden: | <input type="text"/>       |                |
| <input type="text"/>  | competitiesport | <input type="text"/>       | amateursport   |
| <input type="text"/>  | privé-ongeval   | <input type="text"/>       | arbeidsongeval |
| In functie van het dossier kan Allianz bijkomende informatie opvragen.  |                 |                            |                |
| Datum en handtekening geneesheer (indien van toepassing)  |                 |                            |                |

Allianz Benelux n.v. verwerkt de gegevens betreffende de gezondheid om de verzekerde risico's te evalueren, de schadegevallen te beheren en misbruiken en fraude te voorkomen. In deze context kunnen deze gegevens worden overgemaakt aan een herverzekeraar of een expert. Ze zijn toegankelijk voor de diensten onderschrijving, schadebeheer en de functionele diensten voor de omschreven doeleinden. De door de wet van 8 december 1992 aan de betrokken persoon toegekende rechten worden uitgeoefend door een gedagtekend en ondertekend schrijven te richten aan de dienst Privacy, Allianz Benelux n.v., Lakensestraat 35 te 1000 Brussel. Het Belgisch recht is van toepassing op de verzekeringsovereenkomst. Onverminderd de mogelijkheid om een rechtsvordering in te stellen, kan u elke klacht over de uitvoering van het contract richten aan:

- de Ombudsman van de Verzekeringen, de Meeûsplantsoen 35, 1000 Brussel, fax: 02/547.59.75, info@ombudsman.as,
- Allianz Benelux n.v. per mail naar klachten@allianz.be, per telefoon op 02/214.77.36, met een fax op 02/214.61.71 of met een brief aan Allianz Benelux n.v., 10RSGJ, Lakensestraat 35, 1000 Brussel.

**Bescherming van de persoonsgegevens**

De verzameling van persoonsgegevens in dit document gebeurt in het raam van het beheer van uw contract of een schadegeval en conform de reglementering over verzekeringen en de bescherming van persoonsgegevens. Zij zullen alleen doorgegeven worden aan personen die gemachtigd zijn om er kennis van te nemen. Zij worden absoluut niet gebruikt voor een ander doel. Door de medische gegevens te verstrekken voor het beheer van uw contract of uw schadegeval en door deze vragenlijst te ondertekenen, stemt u uitdrukkelijk in met de verwerking van deze gegevens bij het beheer van uw contract of uw schadegeval. Voor bijkomende informatie over de verwerking, de bescherming van uw persoonsgegevens, nodigen wij u uit de website te raadplegen (<http://www.allianz.be/nl/bescherming-persoonsgegevens/Paginas/wie-zijn-wij.aspx>) waar u vragen kunt stellen over de verwerking van de gegevens door de maatschappij.

Voor waar en echt verklaard op

Handtekening verzekerde