

PO/Dossiernummer _____ Dossiernummer Protections _____

Mutualiteit _____ Kleefbriefje _____

Naam & voornaam van het lid _____

Adres _____

Naam en voornaam van het slachtoffer _____

Relatie tot het lid _____

Heeft U nog een andere verzekering (hospitalisatieverzekering, groepsverzekering, doorlopende bijstandsverzekering ...) waar deze kosten eventueel voor vergoeding in aanmerking komen?

NEE

JA, naam van de maatschappij _____ Polisnummer _____

Datum van het schadegeval | | Plaats van het schadegeval _____

Wisselkoers (graag gestaafd door afrekening credit card, bankafschrift of ander bewijsstuk) _____

Volgnummer	Naam van de geneesheer of het hospitaal	Nummer van de prestatie of de factuur	Datum van de prestatie of de factuur	Werkelijk bedrag van de kosten	Tussenkost van de mutualiteit	Verschil ten laste van het lid
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
Totaal						

Gelieve steeds een kopie van de afrekening van uw ziekenfonds en de facturen mee te sturen met vermelding van het volgnummer!

De ondergetekende verklaart dat de geclaimde facturen en prijzen juist zijn en betrekking hebben op het vermelde schadegeval. Het recht op vergoeding vervalt, indien bij de aangifte een onjuiste opgave van de feiten wordt gedaan, of indien gegevens opzettelijk worden vervalst of verzwegen.

Datum | |

Naam en voornaam

Handtekening

Privacy clause

Als verantwoordelijke voor de verwerking, worden de verzamelde persoonsgegevens verwerkt overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming van 27 april 2016 en alle andere geldende Belgische regelgevingen betreffende gegevensbescherming. De persoonsgegevens worden verwerkt voor de volgende doeleinden: het beheer van het vermelde schadegeval. Deze gegevens kunnen indien nodig doorgegeven worden aan derden voor zover er een gewettigd belang bestaat. De gegevens kunnen ook meegedeeld worden aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing. De verwerkte gegevens worden bijgehouden gedurende de hele periode van het schadebeheer, de wettelijke verjaringstermijn, alsook gedurende elke andere wettelijke en reglementaire bewaartermijn. Binnen de grenzen van de wet heeft u het recht om kennis te nemen van uw gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten verbeteren. U heeft het recht om u te verzetten tegen de verwerking van uw gegevens, alsook om uw gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG Insurance de bovenvermelde doeleinden niet kan voortzetten. U kunt uw rechten uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een tweezijdige kopie van uw identiteitskaart per post te verzenden naar AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, of per e-mail aan: AG_DPO@aginsurance.be. U kunt meer informatie verkrijgen via ditzelfde adres, alsook in de Privacyverklaring van AG Insurance die u terugvindt op de website: www.aginsurance.be.

In het kader van de verzekering "Reisbijstand" of "Annulering" omwille van medische redenen, verklaar ik uitdrukkelijk akkoord te gaan met de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid door AG Insurance en door haar aangestelden met het oog op het beheer van het vermelde schadegeval en dat deze verwerking mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG Insurance zich in dat geval in de onmogelijkheid zou bevinden om de doeleinden te verwezenlijken waarmee ik was akkoord gegaan en/of in te gaan op mijn verzoek tot tussenkomst.