

Aangifteformulier Arbeidsongeschiktheid

Bent u arbeidsongeschikt, stuur dan onmiddellijk (binnen de 30 dagen) dit formulier, door uw geneesheer ingevuld en ondertekend, naar: ERGO Insurance nv, dienst Claims t.a.v. de geneesheer-adviseur of 'claims@ergo.be'.

Polisnummer :

1. Personalia

1.1 Verzekeringnemer (indien niet de verzekerde)

Naam en voornaam :
 Straat en nummer :
 Postcode en woonplaats :

1.2 Verzekerde

Naam en voornaam :
 Geboortedatum : Geslacht: ☐ M ☐ V ☐ X
 Officieel adres :
 Tel./GSM : E-mail*
 IBAN Nummer : BIC code
 IBAN op naam van (rekeninghouder) :
 (Naam en voornaam)
 Sociaal statuut:
☐ Zelfstandige : ☐ Ja ☐ Neen
☐ Bediende : ☐ Ja ☐ Neen ☐ Zo ja, gelieve punt 1.4 in te vullen
☐ Arbeider : ☐ Ja ☐ Neen ☐ Zo ja, gelieve punt 1.4 in te vullen
☐ Ambtenaar : ☐ Ja ☐ Neen ☐ Zo ja, gelieve punt 1.4 in te vullen
☐ Werkzoekend : ☐ Ja ☐ Neen ☐ Zo ja, sinds
☐ Gepensioneerd : ☐ Ja ☐ Neen ☐ Zo ja, sinds
☐ Andere :

(*) Het e-mailadres wordt gevraagd om te communiceren het kader van het beheer en de uitvoering van het contract.

1.3 Beroepsactiviteit van de persoon die arbeidsongeschikt is

Gelieve uw beroepsactiviteit nauwkeurig te omschrijven:

 Werkuren per dag/werkdagen per week voor aanvang van de arbeidsongeschiktheid:

Hoeveel bedraagt het aandeel (in %):
 - handenarbeid : %
 - administratieve taken : %

Wie verricht uw administratieve taken (boekhouding/facturering/prospectie/offertes)?

Werkt u met bedienden/arbeiders/vennoten: ☐ Ja ☐ Neen Zo ja, hoeveel?
 Oefent u een bijberoep uit? ☐ Ja ☐ Neen
 Zo ja, preciseer:

1.4 Gegevens van uw werkgever

Benaming:
 Aard van de arbeidsovereenkomst: ☐ voltijds ☐ deeltijds ☐ uitzendkracht



1.5 Verklaring(en) bij andere verzekeraars

Heeft u uw arbeidsongeschiktheid gemeld bij een andere verzekeraar (Fonds voor de beroepsziekten, Fonds voor arbeidsongevallen, uw ziekenfonds, enz.)?

☐ Ja ☐ Neen Zo ja, preciseer: _____

Naam verzekeraar 1 : _____

Straat en nummer : _____

Postcode en gemeente : _____

Land : _____

Polisnummer / referenties : _____

Naam verzekeraar 2 : _____

Straat en nummer : _____

Postcode en gemeente : _____

Land : _____

Polisnummer / referenties : _____

Heeft u recht op een financiële tussenkomst vanwege deze verzekeraar?

Verzekeraar 1 : ☐ Ja ☐ Neen

Verzekeraar 2 : ☐ Ja ☐ Neen

2. Informatie omtrent uw arbeidsongeschiktheid

(In te vullen door de behandelende geneesheer)

2.1. Algemeen

Begindatum : _____

Arbeitsongeschiktheidspercentage

Economisch van _____ tot _____ aan _____ %

van _____ tot _____ aan _____ %

Fysiologisch van _____ tot _____ aan _____ %

van _____ tot _____ aan _____ %

Vermoedelijke datum

van werkhervatting : _____ aan _____ %

Heeft of moet de verzekerde persoon een heelkundige ingreep ondergaan? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, aard ingreep : _____

Datum (of voorziene datum)

van de ingreep : _____

Vul hieronder afhankelijk van de reden van arbeidsongeschiktheid 2.2, 2.3 in.

2.2. Arbeidsongeschiktheid door ziekte

Diagnose : _____

Symptomen van de aandoening : _____

Datum optreden eerste symptomen : _____

Datum van eerste behandeling

en/of medisch onderzoek : _____

Uitgevoerde onderzoeken

Datum	Type	Besluit
-------	------	---------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

_____	_____	_____
-------	-------	-------

Ingestelde en/of voorziene behandelingen

Datum	Beschrijving v/d behandeling
-------	------------------------------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

_____	_____
-------	-------

Bestaat er een verband met een voorafgaande ziekte of ongeval? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, preciseer (met data):

Werd de verzekerde persoon voor de huidige aandoening behandeld door andere dokters? ☐ Ja ☐ Neen

Zo ja, preciseer : Dokter: Specialiteit:
Dokter: Specialiteit:

Aard van de behandeling:

Hospitalisatie : ☐ Ja ☐ Neen Indien ja, periode van opname:

2.3. Arbeidsongeschiktheid door ongeval

Aard van het ongeval : ☐ Privé ☐ Arbeid ☐ Verkeer ☐ Sport (als clublid)

Datum van het ongeval :

Aard van de letsels :

Aard van de behandeling:

Plaats van het ongeval :

Oorzaken van het ongeval:

Omstandigheden van het ongeval :

Werd er een proces-verbaal opgemaakt?

☐ Ja ☐ Neen Indien ja, opgesteld door de politie van zone

PV- of notitiennr :

Kan een derde aansprakelijk gesteld worden voor het ongeval?

☐ Ja ☐ Neen ☐ Ik weet het niet

Zo ja, naam en adres:

Naam en adres van de verzekeraar:

Polisnummer :

3. Toe te voegen bijlagen

- A. Het laatste aanslagbiljet EN de laatste loonfiche (enkel in geval van rente)
- B. Alle eventuele medische verslagen (vb: opnameverslag, operatieverslag, evolutierapport,...) m.b.t. de aandoening of opgelopen letsels.
- C. Verschilstaat van alle door de RIZIV terugbetaalde medische prestaties en geneesmiddelen, inclusief de derde betaler vanaf 1 jaar voor onderschrijving van de polis tot op heden (op te vragen bij uw mutualiteit)
- D. Een recto/verso kopie van de identiteitskaart van de verzekerde.
- E. Een recto/verso kopie van de bankkaart van de verzekerde

Ik geef hierbij mijn uitdrukkelijke toestemming aan mijn verzekeringstussenpersoon voor het doorgeven van mijn medische gegevens aan ERGO Insurance.

naam en handtekening van de verzekerde

Ik verklaar op bovenstaande vragen eerlijk te hebben geantwoord, zonder iets te verbergen. Ik geef aan de dokters en aan de andere door de verzekeringsonderneming gecontacteerde personen, toestemming om aan haar medische dienst vertrouwelijk de gevraagde inlichtingen in verband met de verzekeringsovereenkomst te geven.

Uw persoonsgegevens worden verwerkt door ERGO Insurance nv, met maatschappelijke zetel gevestigd te Loksumstraat 25, 1000 Brussel ('ERGO'), in haar hoedanigheid van verwerkingsverantwoordelijke, voor doeleinden van (I) het opstellen van verzekeringsvoorstellen; (II) het onderschrijven en uitvoeren van verzekeringsovereenkomsten, met inbegrip van risicobeoordelingen (die kunnen leiden tot geautomatiseerde besluitvorming) en geschiktheidanalyses; (III) de naleving van (pre-)contractuele verplichtingen en verplichtingen die voortvloeien uit de verzekeringsrelatie; (IV) schadebeheer en het dekken van schade in het kader van de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst; (V) verhaal op derde partijen aansprakelijk voor een schadeclaim; (VI) mogelijke procesvoering; (VII) het voorkomen, opsporen en onderzoeken van verzekeringsfraude en (VIII) herverzekering.

Afhankelijk van de doeleinden van de verwerking, beroept ERGO zich op (I) de noodzakelijkheid voor de uitvoering van de verzekeringsovereenkomst, (II) de noodzakelijkheid om te voldoen aan wettelijke verplichtingen die op ERGO rusten en (III) de gerechtvaardigde belangen van ERGO. Daar waar ERGO zich beroept op gerechtvaardigde belangen, omvat dit onder meer de instelling, uitvoering of onderbouwing van rechtsvorderingen, het uitvoeren van fraudepreventie en -detectie, het nastreven van commerciële activiteiten en doelstellingen en het onderhouden en ontwikkelen van de relatie met u.

Weigering om uw persoonsgegevens mee te delen aan ERGO kan het afsluiten en/of correct uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst verhinderen. Uw persoonsgegevens kunnen binnen ERGO worden gedeeld wanneer noodzakelijk in het kader van de uitvoe-

ring van de bedrijfsactiviteiten. Verder kan ERGO uw persoonsgegevens meedelen aan haar onderaannemers en dienstverleners.

ERGO hanteert procedures voor de verwerking van uw persoonsgegevens, mogelijk ook van medische gegevens, die geautomatiseerde besluitvorming tot gevolg hebben. Deze geautomatiseerde besluitvorming kan een invloed hebben op het aangaan of uitvoeren van overeenkomsten (bv. het beheer van polissen, schadebeheer enz.). Dienaangaande heeft u steeds het recht op menselijke tussenkomst door ERGO, alsook om uw standpunt toe te lichten en de geautomatiseerde besluitvorming te betwisten.

Uw persoonsgegevens zullen niet langer worden bewaard dan noodzakelijk voor de doeleinden waarvoor ERGO de persoonsgegevens verwerkt. Verder is wet- en regelgeving van toepassing op ERGO die minimumtermijnen bepalen voor het bewaren van persoonsgegevens.

U heeft het recht om op uw verzoek toegang tot uw persoonsgegevens te krijgen, om rectificatie of gegevenswijziging van uw persoonsgegevens te verzoeken, recht op gegevensoverdraagbaarheid, recht om beperking van de verwerking van uw persoonsgegevens te verzoeken of om bezwaar te maken tegen de verwerking. U heeft te allen tijde het recht bezwaar te maken tegen de verwerking van uw persoonsgegevens voor doeleinden van direct marketing. U heeft eveneens het recht om een klacht in te dienen bij de toezichthoudende autoriteit.

Indien u meer informatie wenst over de verwerking van uw persoonsgegevens door ERGO, of uw rechten wenst uit te oefenen, kunt u contact opnemen met de Functionaris voor Gegevensbescherming van ERGO, via privacy@ergo.be.

Meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens kunt u vinden op www.ergo.be onder 'Privacy statement'. Op eenvoudige aanvraag is een papieren versie beschikbaar.

We herinneren u eraan dat de informatie en het bijwerken van uw gegevens afhankelijk is van de informatie die u ons verstrekt. Wij nodigen u uit om uw persoonlijke gegevens te herzien vergezeld van

een kopie van uw identiteitskaart en een adresbewijs (kleefbriefje van de mutualiteit of een kopie van een factuur van een nutsbedrijf).

Voor echt verklaard,

naam en handtekening van de verzekerde

Datum, handtekening en stempel geneesheer

Medische gegevens

Hierbij geef ik uitdrukkelijke toestemming aan ERGO om mijn medische gegevens te verwerken (of van de minderjarige waarvan ik de wettige vertegenwoordiger ben) voor de bovenvermelde doeleinden. Verder bevestig ik ervan op de hoogte te zijn dat ik het recht heb mijn toestemming te allen tijde in te trekken. Dit kan evenwel het afsluiten en/of uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst belemmeren.

Naam en voornaam : _____

Datum : _____

Handtekening voor akkoord

Verklaringen verzekeringnemer voor CRS / FATCA (internationale uitwisseling van fiscale inlichtingen)

Verplicht in te vullen indien u belastingplichtig bent in een ander land dan België* en/of Luxemburg**!

* Indien u bij ons Belgische contracten heeft

** Indien u bij ons Luxemburgse contracten heeft

Gelieve hieronder de betreffende landen en bijhorende TIN te vermelden, en eventueel een periode indien van toepassing.

Land	TIN (Tax Identification Number)	van	tot

Let op:

- Indien u de Amerikaanse nationaliteit hebt wordt u daar als belastingplichtig beschouwd, en dient u bijgevolg hierboven de Verenigde Staten te vermelden.
- Indien u op Amerikaans grondgebied geboren bent, krijgt u automatisch de Amerikaanse nationaliteit.
- Indien u afstand hebt gedaan van de Amerikaanse nationaliteit, dient u ons hiervan een attest te bezorgen.
- Indien u uw TIN niet kent, kunt u deze opvragen bij de belastingadministratie van het betrokken land (let op: niet elk land heeft een TIN). Indien u vertraging ondervindt om uw TIN te bekomen, gelieve ons op zijn minst zo snel mogelijk de overige informatie mee te delen: land(en) van belastingplicht + eventuele periode. Dan kan u ons achteraf het TIN doorsturen zodra u deze hebt bekomen.