

# 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

### Verzekeringnemer (indien niet de verzekerde)

Naam en voornaam :

Straat en nummer :

Postcode en woonplaats :

### Verzekerde

Naam en voornaam :

Geboortedatum :  Geslacht:  M  V

Officieel adres :

Tel./GSM :  E-mail\*

IBAN Nummer :  BIC code (enkel voor buitenlandse rekeningen)

Sociaal statuut :  Zelfstandige  Bediende  Arbeider  Ambtenaar  Werkzoekend  Andere:

(\*) Het e-mailadres wordt gevraagd om te communiceren over de contractuele documenten en het verdere beheer van het contract.

## 2. Informatie omtrent uw arbeidsongeschiktheid

(in te vullen door de behandelende geneesheer)

### 2.1. Algemeen

Arbeidsongeschiktheidspercentage : Economisch  % Fysiologisch  %

Begindatum :

Vermoedelijke datum van werkhervatting :

Vul hieronder afhankelijk van de reden van arbeidsongeschiktheid 2.2, 2.3 of 2.4 in.

### 2.2. Arbeidsongeschiktheid door ziekte

Diagnose :

Oorzaak :

Datum eerste optreden :

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, oorzaken en omstandigheden van het ongeval dient u toe te voegen met een bijlage.

Werd er een proces-verbaal opgemaakt? :  Ja  Neen Indien ja, opgesteld door de politie van zone

PV- of notitienr:





**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**