



## Aangifteformulier

Deze aangifte bestaat uit drie delen:

1

Het **Aangifteformulier** dat je zelf moet invullen

2

Het **Medisch getuigschrift** dat je arts moet invullen en waaraan

3

... hij het **Anatomopathologisch verslag** moet toevoegen

**Nadat de delen zijn ingevuld moet je het volgende doen:**

1. **Scan** het aangifteformulier, het medisch getuigschrift en het anatomopathologisch verslag
2. Surf naar [www.vivay.be/contacteer-ons](http://www.vivay.be/contacteer-ons)
3. Vul online het **contactformulier** in en duid aan dat de aangifte medische gegevens bevat
4. Voeg het gescande aangifteformulier, medisch getuigschrift en anatomopathologisch verslag toe. De documenten met medische gegevens zullen rechtstreeks naar de adviserende arts van AG Insurance worden gestuurd.

>> Je ontvangt een bevestigingsmail als we alle documenten hebben ontvangen.



### Een technisch probleem bij de verzending van je aangifte?

Bel ons op +32 (0)2 664 70 60, van maandag tot vrijdag van 8 u tot 18 u.  
Of stuur een email naar [medical@vivay.be](mailto:medical@vivay.be)

### Dit deel vul je zelf in :

Naam: ..... Voornaam: .....

Straat: ..... nr: ..... Bus: .....

Postcode: ..... Woonplaats: .....

Contractnummer van je Feminaverzekering: \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ \_\_\_ / \_\_\_ \_\_\_

Je bankrekeningnummer (IBAN): .....

### Datum en handtekening :

..... / ..... / .....



### Privacyclausule

De persoonsgegevens die zijn vermeld in dit document worden verwerkt door AG Insurance nv, met maatschappelijke zetel te 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53. AG Insurance nv is verantwoordelijk voor de verwerking van de gegevens, overeenkomstig de Verordening (EU) 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens, en conform de Privacyverklaring van AG Insurance op [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Deze persoonsgegevens worden verwerkt voor de uitvoering en de vereffening van het contract dat is verbonden met dit document, en voor de doeleinden vermeld in de Privacyverklaring van AG Insurance.

**De betrokkene kan zijn rechten met betrekking tot de verwerking van deze gegevens uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag, en een tweezijdige kopie van zijn identiteitskaart te versturen per post naar AG Insurance, Data Protection Officer, Emile Jacqmainlaan 53, 1000 Brussel of via e-mail naar: [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be). Eventuele klachten kunnen worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit.**



## Medisch getuigschrift **in te vullen door de behandelende arts**

In te vullen en te bezorgen aan de adviserende arts van AG Insurance (zie vorige pagina).

### Gegevens van de verzekerde:

Voornaam: ..... Naam: .....

Geboortedatum: ...../...../.....

### Medische gegevens

#### Het gaat over een tumor aan:

Borsten, duid aan...  Links of  Rechts

Ovaria, duid aan...  Links of  Rechts

Tubae, duid aan...  Links of  Rechts

Corpus uteri

Cervix uteri

Vagina

Vulva

TNM FIGO-classificatie: .....

Gradatie: .....

Sinds wanneer behandelt u de verzekerde voor deze ziekte? ...../...../.....

Datum van de eerste raadpleging? ...../...../.....

Datum van de diagnose? ...../...../.....

#### Werd de verzekerde voor deze aandoening voordien door een andere arts behandeld?

Ja,  
 op ...../...../.....,  
 wegens (reden) .....  
 door naam....., specialisatie.....  
 en adres van deze arts .....

Nee



# Feminaverzekering van AG Insurance

## Ademruimte bij borstkanker

### Bij deze diagnose gaat het over:

- een eerste kanker
- een recidief van een vroegere tumor
- een uitzaaiing van een vroegere tumor

### Bij recidief of uitzaaiing:

Hoeveel tijd is er verstreken sinds het einde van de behandeling van de eerste tumor: .....

### Welke behandeling(en) is/zijn er voorzien?

- Operatie, type: .....  
op ...../...../.....
- Chemotherapie, type: .....  
vanaf ...../...../..... tot (voorziene ainddatum): ...../...../.....
- Radiotherapie .....  
vanaf ...../...../..... tot (voorziene ainddatum): ...../...../.....
- Andere therapie, type: .....  
vanaf ...../...../..... tot (voorziene ainddatum): ...../...../.....

### Werd de verzekerde al behandeld voor een andere kwaadaardige tumor?

- Ja, voor een aandoening van type: .....  
op ...../...../.....
- Nee



### Belangrijk: het anatomopathologisch verslag:

Gelieve ook **het anatomopathologisch verslag** toe te voegen. Dit document is noodzakelijk om het verzekerde bedrag te kunnen betalen aan uw patiënt.

AG Insurance behoudt zich het recht voor om bijkomende medische informatie, zoals opnameverslagen, protocollen van medische onderzoeken, enz. op te vragen.

**Datum:**

...../...../.....

**Handtekening:**

.....

**Stempel van de arts:**

.....