

Déclaration de sinistre ASSURANCE INDIVIDUELLE HOSPITALISATION

Déclaration relative au contrat 4 1

CE DOCUMENT DOIT ETRE COMPLETE PAR L'ASSURE(E)
Veuillez compléter ce formulaire en caractères d'imprimerie
et nous le renvoyer dans les meilleurs délais.

Attention! Un formulaire incomplet peut retarder votre indemnisation

PRENEUR D'ASSURANCE

Numéro IBAN
du preneur d'assurance B E

ASSURÉ(E)

(nom de famille suivi du prénom)

PSI-nr

Date de naissance

Adresse

Numéro

Rue

Code postal

Localité

Numéro de téléphone

Profession

Êtes-vous couvert(e) par un autre contrat souscrit aux AP assurances
ou dans une autre compagnie et offrant des garanties semblables ?

OUI NON

Si oui, mentionnez la compagnie et
le n° du contrat

RUBRIQUE A COMPLETER UNIQUEMENT LORSQUE L'HOSPITALISATION EST CONSECUTIVE A UN ACCIDENT :

Date de l'hospitalisation

Lieu, date et heure de l'accident

Tiers responsable

Sa compagnie d'assurances

Numéro du contrat

Relation des faits

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Par qui ?

numéro

Au moment du sinistre, étiez-vous au service d'un employeur ou sur le chemin du travail ?

OUI NON

Veillez donner une description détaillée des lésions

(nature, localisation, ampleur, etc.)

Souffriez-vous d'un quelconque handicap ou maladie avant l'accident ?

OUI NON

Si oui, lequel/laquelle ?

Dans quelle mesure peut-il/elle influencer l'évolution des lésions ?

RUBRIQUE A COMPLETER UNIQUEMENT LORSQUE L'HOSPITALISATION EST CONSECUTIVE A UNE MALADIE, UNE GROSSESSE OU UN ACCOUCHEMENT

Date de l'hospitalisation:

Avez-vous subi ou devez-vous subir une intervention chirurgicale ?

OUI NON

Nature de l'intervention:

Nature de l'affection:

Quand sont apparus les premiers symptômes ?

Avez-vous déjà été traité(e) précédemment pour cette affection ?

OUI NON

Si oui, veuillez mentionner les périodes de traitement antérieures (avec ou sans hospitalisation)

du

au

du

au

du

au

Veillez indiquer par quel(s) médecin(s) vous avez été traité(e) nom et adresse

Je soussigné(e) certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Protection de vos données à caractère personnel

Information

Belins SA (connue sous la marque et le nom commercial "Les AP") et, le cas échéant, votre intermédiaire d'assurances, traitent vos données à caractère personnel à différentes finalités, dont la conclusion et l'exécution de contrats d'assurance, le respect des obligations légales, l'évaluation de la relation clientèle, le marketing direct et la lutte contre la fraude. Ces données ne sont pas conservées plus longtemps qu'il ne faut pour le traitement pour lequel elles ont été collectées.

Vos données à caractère personnel relatives aux finalités précitées peuvent également être communiquées aux sociétés liées à Belins SA et à des prestataires de service spécialisés, comme des experts, des réparateurs, des entreprises de réassurance et Datassur GIE.

Vous avez le droit de consulter vos données à caractère personnel dont nous disposons et, le cas échéant, de les faire rectifier ou supprimer. Vous pouvez aussi demander de transférer certaines de ces données à un tiers ou directement à vous-même. En outre, vous pouvez demander de limiter le traitement.

Pour le traitement des données à caractère personnel pour lequel vous avez donné votre consentement, vous avez le droit de retirer votre consentement à tout moment, sans porter préjudice à la légitimité du traitement sur la base du consentement donné avant son retrait.

Droit d'opposition

Vous avez le droit de vous opposer au traitement de certaines données à caractère personnel et de vous opposer à tout moment à l'utilisation de vos données à caractère personnel à des fins de marketing direct.

Vous trouverez de plus amples informations sur le traitement de vos données à caractère personnel, les finalités du traitement et l'exercice de vos droits dans la Charte sur la vie privée des AP. Cette charte est disponible auprès de votre intermédiaire d'assurances et peut également être consultée sur www.lap.be/chartevieprivee.

SANS VOTRE AUTORISATION, NOUS NE POUVONS PAS TRAITER VOS DONNÉES RELATIVES À VOTRE SANTÉ. MERCI DE COCHER LA CASE CI-DESSOUS:

Par la présente, vous autorisez le traitement des données relatives à votre santé lorsque ces données sont nécessaires à la conclusion et l'exécution du contrat d'assurance.

Ces données peuvent uniquement être traitées par le médecin-conseil, votre intermédiaire d'assurances et les collaborateurs des AP, dans la mesure où ils sont chargés d'une ou plusieurs tâches en rapport avec les finalités précitées, et par des tiers éventuels dont l'intervention est nécessaire dans le cadre de l'exécution des tâches précitées.

Par la présente, vous autorisez le médecin traitant à transmettre, après votre décès éventuel, un certificat établissant la cause du décès au médecin conseil des AP.

Fait à

le

Nom et signature de l'assuré(e)