

# Hospitalisation

N° police de groupe .....

N° police individuelle .....

**ATTENTION:** nous demandons à l'assuré intéressé (au preneur d'assurance pour des mineurs) de remplir ce formulaire complètement en gros caractères et de le signer, ce qui ne peut qu'accélérer l'indemnisation de vos frais. Veuillez renvoyer ce questionnaire à l'attention de notre médecin-conseil.

Si vous avez des doutes en remplissant ce formulaire, contactez votre médecin (habituel) pour le remplir.

## Intermediaire

N° ..... N° FSMA ..... Référence .....

Nom ..... Téléphone .....

## Reference de sinistre

Réf. de sinistre .....

**Preneur d'assurance** Reference: .....

Pour clients existants : N° client ..... Réf. police .....  
 Nom et prénom  
 ou raison sociale .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Lieu de naissance .....

Tél./GSM ..... Fax ..... Langue  F  N Sexe  H  F

Compte financier: IBAN ..... BIC .....

N° national ..... N° d'entreprise .....

Assujetti à la TVA:  Oui  Non Pourcentage de déduction ..... % RPR .....

## Betrokken verzekerde

Voor bestaande klanten: N° client ..... Réf. police .....

Nom et prénom  
 ou raison sociale .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Date de naissance ..... / ..... / ..... Lieu de naissance .....

Tél./GSM ..... Fax ..... Langue  F  N Sexe  H  F

Compte financier: IBAN ..... BIC .....

N° national ..... N° d'entreprise .....

Assujetti à la TVA:  Oui  Non Pourcentage de déduction ..... % RPR .....

L'assuré est-il assuré auprès de Baloise ou auprès d'une autre compagnie ou mutuelle pour des garanties similaires?

Oui  Non

Si oui, mentionnez la compagnie et le(s) numéro(s) de police: .....

.....  
 .....  
 .....

**A remplir uniquement en cas de frais resultant de maladie (grave), de soins palliatifs ou d'accouchement (a domicile)**

Date d'hospitalisation ou de traitement? ...../...../.....

La nature de l'affection: .....  
.....  
.....

Avez-vous subi une intervention chirurgicale?  Oui  Non

Devez-vous subir une intervention prochainement?  Oui  Non

Type de l'intervention (prévue): .....  
.....  
.....

Quand les premiers symptômes ont-ils été constatés? .....

Avez-vous déjà été traité pour cette affection?  Oui  Non

Si oui, indiquez la(les) période(s): .....  
.....

Indiquez le(les) médecin(s) traitant(s): .....  
.....  
.....  
.....

**A remplir uniquement en cas de frais resultant d'un accident**

Date de l'accident ...../...../..... Date de l'hospitalisation éventuelle ...../...../.....

Lieu de l'accident .....

Nom et prénom du responsable .....

Rue ..... N° ..... Boîte .....

Code postal ..... Commune ..... Pays .....

Nom et n° de police de l'assureur du tiers responsable: .....  
.....

Cause et circonstances de l'accident: .....  
.....  
.....

A-t-on dressé un procès-verbal?  Oui  Non

Si oui: Par qui: .....

N° du p.-v.: .....

Au moment du sinistre, l'assuré était-il au travail ou se trouvait-il sur le chemin du travail?  Oui  Non

Donnez une description aussi précise que possible de la (des) lésion(s) (nature, localisation, début, etc.): .....

Souffriez-vous d'une maladie ou d'une invalidité avant l'accident?  Oui  Non

Si oui: La(les)quelle(s)?: .....

Depuis: ...../...../.....

### Autorisation de traiter données médicales

#### Pourquoi est-ce que nous vous demandons votre autorisation?

La loi nous oblige à vous demander explicitement l'autorisation de traiter vos données médicales ou celles de la personne qui vous représente si cela est nécessaire pour:

- traiter ce sinistre;
- constater et évaluer les dommages corporels;
- lutter contre la fraude.

#### Sur quoi porte votre autorisation?

Vous nous autorisez à traiter vos données médicales.

Vous donnez votre accord à un éventuel examen médical par notre médecin-conseil.

Vous demandez à votre médecin les déclarations médicales qui pourraient être nécessaires à la constatation et à l'évaluation des dommages corporels.

#### Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons les données médicales avec des mesures poussées et seules les personnes compétentes traitent ces données dans la plus grande confidentialité.

Nous pouvons communiquer ces données à vous ou à une personne qui vous représente légalement (par exemple un tuteur, un avocat, un médecin).

Nous pouvons communiquer ces données à d'autres parties si celles-ci peuvent ou doivent les connaître.

Nous pensons par exemple à:

- des autorités compétentes;
- des entreprises appartenant au Baloise Group;
- d'autres entreprises d'assurances;
- des mutualités;
- des réassureurs ou leurs représentants qui traitent aussi le sinistre;
- d'autres parties avec lesquelles nous avons des contrats en tant que responsable, afin de traiter les données dans le respect de la législation en vigueur.

Nous ne communiquons les données à d'autres parties que si cela est nécessaire pour le traitement de votre sinistre (évaluation, indemnisation, règlement).

Si nous communiquons vos données à des parties dans des pays tiers hors de l'UE, nous respecterons strictement les mesures de sécurisation imposées par la législation belge et la réglementation de l'UE.

### Nous ne conservons pas vos données indéfiniment

Nous conservons vos données aussi longtemps que cela est nécessaire pour le traitement du sinistre dans lequel vous avez été impliqué.

### Donnez votre autorisation ci-dessous:

Fait à ....., le .....

L'assuré<sup>(1)</sup>

(faire précéder la signature des mots 'lu et approuvé')

Prénom : ..... Nom .....

<sup>(1)</sup>Si l'assuré ne signe pas lui-même ce document, une autre personne peut le signer à sa place. Cette personne doit cependant indiquer la raison ainsi que sa qualité (par exemple tuteur, avocat, médecin).

### Important: si vous ne nous autorisez pas à traiter vos données médicales, nous ne pouvons PAS traiter vos dommages corporels NI les indemniser!

#### Vos droits

Vous pouvez retirer à tout moment votre autorisation.

Ceci n'a aucune influence sur le traitement des données. Nous pouvons dans ce cas aussi continuer à traiter ces données, même si nous n'avons pas votre autorisation, si:

- cela est nécessaire au traitement de vos polices ou des sinistres dans lesquels vous avez été impliqué;
- cela est nécessaire pour répondre à des obligations ou pour exercer vos ou nos droits spécifiques (droit du travail, droit de la sécurité sociale et droit de la protection sociale);
- il s'agit du traitement de données personnelles que vous avez divulguées vous-même;
- le traitement est nécessaire pour introduire, exercer ou étayer une action en justice.

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer lorsqu'il y a une raison à cela.

#### Plus d'informations?

Si vous voulez connaître précisément vos droits et les limitations légales lors du traitement de données médicales et autres données personnelles, nous vous invitons à consulter notre politique en matière de vie privée sur notre site web ([www.baloise.be/vieprivee](http://www.baloise.be/vieprivee)). Vous y trouverez également des informations actuelles vous expliquant comment exercer vos droits. Nous pouvons aussi vous remettre une version papier de notre politique en matière de vie privée.

#### Coordonnées du responsable du traitement

Si vous avez une plainte ou des questions portant sur le traitement de vos données personnelles, n'hésitez pas à envoyer une lettre ou un courriel au Data Protection Officer de Baloise:

Baloise  
Data Protection Officer  
Posthofbrug 16  
2600 Antwerpen  
Courriel: [privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)

#### Vous avez le droit de porter plainte

Si vous estimez que le traitement des données ne se fait pas dans le respect des lois et des règles en vigueur, vous pouvez porter plainte auprès de l'Autorité chargée de la protection des données ([www.privacycommission.be/fr](http://www.privacycommission.be/fr)).

#### Declarations

---

- L'assuré s'engage à demander à son médecin toutes les déclarations médicales nécessaires pour conclure ou exécuter la police. En outre, il charge expressément le médecin qui constatera son décès de fournir à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de son décès.

- Avertissement  
Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers Baloise entraîne non seulement la résiliation de la police, mais aussi des poursuites pénales sur base de l'article 496 du Code pénal.

## Traitement des données personnelles: votre vie privée

---

### Pour quelle raison utilisons-nous vos données personnelles?

En tant qu'assureur, nous traitons vos données personnelles. Les données personnelles sont des données portant sur votre statut personnel, par exemple votre âge, votre adresse, votre date de naissance.

Elles sont nécessaires pour:

- évaluer le risque;
- traiter vos polices et vos sinistres.

Nous n'utilisons ces données que dans ce but précis ou parce que la loi nous y oblige. Si cela est nécessaire (et uniquement dans ce but), nous pouvons partager ces données avec, entre autres, des réassureurs, des membres du Baloise Group, votre intermédiaire et d'autres parties avec qui nous avons (ou vous avez) un accord (experts, avocats, médecins-conseil).

Nous ne traitons vos données médicales que si vous nous donnez explicitement votre autorisation.

Nous pouvons aussi utiliser les données personnelles de nos clients à des fins de marketing, par exemple pour faire la promotion de nos propres produits et services. Si vous ne le souhaitez pas, faites-le-nous savoir.

### Vos droits légaux

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer lorsqu'il y a une raison à cela. Vous pouvez également recevoir certaines données personnelles sur un format portable.

### Nous protégeons vos données confidentielles

Nous sécurisons vos données personnelles avec des mesures poussées.

### Plus d'informations

Ceci n'est qu'un résumé de notre politique en matière de vie privée. Si vous voulez connaître précisément vos droits et vos obligations, n'hésitez pas à consulter notre politique en matière de vie privée complète sur notre site web ([www.baloise.be/vieprivee](http://www.baloise.be/vieprivee)). Vous aurez ainsi toujours accès à la politique la plus actuelle.

Nous pouvons aussi vous remettre une version papier.

### Données de contact

Pour toutes vos questions sur la vie privée, n'hésitez pas à vous adresser à notre Data Protection Officer (DPO):

Baloise

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Courriel: [privacy@baloise.be](mailto:privacy@baloise.be)

Vous déclarez que toutes les réponses aux questions posées ont été formulées complètement, sincèrement et conformément à la vérité, même au cas où un tiers les aurait écrites.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré

(parent en cas d'un enfant mineur)