

Maladie ou accident avec lésion corporelle

À renvoyer dûment rempli au médecin-conseil de Baloise dans les 8 jours à compter du jour de l'accident. La victime doit conserver une copie.

Données concernant la maladie ou l'accident

Réf. police	.....	N° du dossier	.....
Date de l'accident/ de la maladie	/...../.....	à	 heure(s)
Lieu de l'accident	.....		
N° intermédiaire	.....	Nom intermédiaire	.....
Correspondance	☐ à l'intermédiaire	Réf. intermédiaire	.....
	☐ au client	Réf. client	.....

Preneur d'assurance

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	
Téléphone/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	RPM
Profession ou branche de commerce	.....		

Victime

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	
Téléphone/GSM	.....	Fax	Langue ☐ F ☐ N Sexe ☐ H ☐ F
Compte financier	IBAN	BIC	
N° national	.....		
Assujetti à la TVA	☐ Oui ☐ Non	Numéro d'entreprise	Pourcentage de déduction
Profession ou branche de commerce	.....	RPM	.....
Pour enfants: nom du père et/ou de la mère	.....		

Partie adverse

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

Téléphone/GSM Fax Langue ☐ F ☐ N Sexe ☐ H ☐ F

Compte financier IBAN BIC

N° national

Assujetti à la TVA ☐ Oui ☐ Non Numéro d'entreprise Pourcentage de déduction %

Profession ou branche
de commerce RPM

Compagnie d'assurances
et référence de police

Véhicule

Pluralité des assurances

Avez-vous encore d'autres polices qui vous couvrent contre un dommage quelconque en rapport avec cet accident ou cette maladie? ☐ Oui ☐ Non

Lesquelles? (mentionnez également le nom de l'assureur et la référence de police)

.....

Circonstances

Description exacte des circonstances de la maladie ou de l'accident

.....

Nature des lésions ou de la maladie

Nous avons besoin de votre autorisation pour pouvoir procéder au traitement de données médicales.
Merci de nous remettre le document signé "Autorisation de traitement des données médicales".
Vous trouverez ce document en annexe.

Déclarations

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

Traitement de données personnelles

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.

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

Vos droits légaux

Vous pouvez consulter vos données personnelles et les faire corriger, compléter, modifier ou supprimer.

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 (<http://www.baloise.be/vieprivee>).

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

Vous déclarez être d'accord avec les stipulations mentionnées ci-dessus.

Fait à _____, le _____

Signature de la victime*

* Si la victime est mineure, c'est un des parents ou le tuteur légal qui signe. Faire précéder la signature du texte "lu et approuvé".

Certificat médical

A renvoyer dans les 8 jours à l'attention du médecin-conseil de Baloise.

Victime

Nom et domicile

Date de l'accident/de la maladie / /

Date Premier examen / / à heure(s)

Préciser en détail la nature des lésions ou de la maladie

.....

.....

.....

.....

.....

Début de l'incapacité de travail

Date / / à heure(s)

Remarques complémentaires

L'accident/la maladie est-il/elle dû/due à un état préexistant? ☐ Oui ☐ Non

Lésions permanentes à cause d'accidents ou de maladies précédent(e)s:

.....

.....

.....

Incapacité de travail ou d'activités normales

100 % du au

..... % du au

..... % du au

..... % du au

..... % du au

☐ La victime est toujours en traitement.

☐ Guérison complète.

☐ Incapacité partielle permanente due à

.....

.....

et peut être évaluée à %

Pronostic

☐ Guérison complète est prévue pour le

☐ Incapacité partielle permanente prévue, due à

et peut être évaluée à %

☐ Incapacité partielle permanente ne peut pas encore être déterminée.

Soins

La victime est soignée:

☐ à son domicile

☐ au cabinet du médecin

☐ à l'hôpital de

Nom du médecin traitant la victime:

Fait à, le

Nom et domicile et/ou cachet du médecin

Signature du médecin

N° de client N° police/dossier

Autorisation de traiter des données médicales (preneur d'assurance)

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:

- évaluer si nous voulons vous assurer (ou l'assurer);
- traiter vos/ses polices et sinistres;
- 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 si cela s'avère nécessaire.

Vous demandez à votre médecin les déclarations médicales qui pourraient être nécessaires au traitement de vos polices.

Vous autorisez le médecin qui constatera votre décès de fournir à notre médecin-conseil une déclaration sur la cause de votre décès.

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 ou administrateur, 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 évaluer si nous voulons vous assurer ou pour traiter vos polices et sinistres.

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 de vos polices et sinistres.

Donnez votre autorisation ci-dessous:

Nom et prénom du soussigné

Adresse

Qualité¹

Tél. domicile GSM

Adresse courriel

Fait à, le

Signature

¹ Si la victime ne signe pas elle-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 (<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

City Link

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

Courriel: 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 (<https://privacycommission.be/fr>).