

Ziekte of ongeval met lichamelijk letsel

Ingevuld te bezorgen aan Baloise ter attentie van de raadgevende geneesheer, binnen 8 dagen te rekenen vanaf de dag van het ongeval. De getroffene moet een kopie bewaren.

Gegevens over de ziekte of het ongeval

Polisreferentie Dossiernr.

Datum ongeval/ziekte / / om uur

Plaats ongeval

Nr. bemiddelaar Naam bemiddelaar

Briefwisseling aan ☐ Bemiddelaar Referentie bemiddelaar

☐ Klant Referentie klant

Verzekeringnemer

Voor bestaande klanten: Klantnr. Polisref.

Naam en voornaam
of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum / / Geboorteplaats

Telefoon/gsm Fax Taal ☐ N ☐ F Geslacht ☐ M ☐ V

Financiële rekening IBAN BIC

Nationaal nr. Ondernemingsnr.

BTW-plichtig ☐ Ja ☐ Neen Aftrekpercentage % RPR

Beroep of bedrijfstak

Getroffene

Voor bestaande klanten: Klantnr. Polisref.

Naam en voornaam
of firmanaam

Straat Nr. Bus

Postnr. Gemeente Land

Geboortedatum / / Geboorteplaats

Telefoon/gsm Fax Taal ☐ N ☐ F Geslacht ☐ M ☐ V

Financiële rekening IBAN BIC

Nationaal nr. Ondernemingsnr.

BTW-plichtig ☐ Ja ☐ Neen Aftrekpercentage % RPR

Beroep of bedrijfstak

Voor kinderen: naam van de
vader en/of de moeder

Tegenpartij

Voor bestaande klanten: Klantnr. _____ Polisref. _____

Naam en voornaam
of firmanaam _____

Straat _____ Nr. _____ Bus _____

Postnr. _____ Gemeente _____ Land _____

Geboortedatum ____/____/____ Geboorteplaats _____

Telefoon/gsm _____ Fax _____ Taal ☐ N ☐ F Geslacht ☐ M ☐ V

Financiële rekening IBAN _____ BIC _____

Nationaal nr. _____ Ondernemingsnr. _____

BTW-plichtig ☐ Ja ☐ Neen Aftrekpercentage _____ % RPR _____

Beroep of bedrijfstak _____

Verzekeringsmaatschappij
en polisreferentie _____

Voertuig _____

Samenloop van verzekeringen

Bezit u nog andere polisissen die u waarborgen tegen enige schade in verband met dit ongeval of deze ziekte? ☐ ja ☐ neen

Welke? (vermeld eveneens de naam van de verzekeraar en de polisreferentie) _____

Omstandigheden

Beschrijf de omstandigheden van de ziekte of het ongeval _____

Aard van de kwetsuren of ziekte _____

Om gezondheidsgegevens te kunnen verwerken, hebben wij uw toestemming nodig. Bezorg ons een Ondertekend document 'Toestemming verwerking gezondheidsgegevens.' Dat document vindt u als bijlage.

Verklaringen

- Waarschuwing
Iedere oplichting of poging tot oplichting van Baloise brengt niet alleen de opzegging van de polis mee, maar wordt ook strafrechtelijk vervolgd op grond van artikel 496 van het Strafwetboek.

Verwerking persoonsgegevens

Waarvoor gebruiken wij uw persoonsgegevens?

Als verzekeraar verwerken wij uw persoonsgegevens. Persoonsgegevens zijn gegevens over uw persoonlijke situatie bijv. uw leeftijd, adres, geboortedatum. Zij zijn nodig om:

- het risico te beoordelen;
- uw polissen en schadegevallen te behandelen.

Wij verwerken die gegevens vooral daarvoor of omdat het moet volgens de wet.

Uw gezondheidsgegevens verwerken wij alleen als u ons daarvoor uitdrukkelijk toestemming geeft.

Uw wettelijke rechten

U kunt uw persoonsgegevens inzien en ze laten verbeteren, aanvullen, wijzigen of laten verwijderen.

Meer informatie

Dit is slechts een samenvatting van ons privacybeleid. Om goed te weten wat uw rechten en plichten zijn, raadpleeg zeker ons volledig privacybeleid op onze website (<http://www.baloise.be/privacy>). U kunt ook gewoon een papieren versie vragen.

Contactgegevens

Voor al uw vragen en informatie over privacy kunt u terecht bij onze Data Protection Officer (DPO):

Baloise

Data Protection Officer

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

E-mail: privacy@baloise.be

U verklaart zich akkoord met de bepalingen hiervoor vermeld.

Gedaan in _____, op _____ Handtekening getroffene*

*Indien de getroffene minderjarig is, tekent een van de ouders of de wettelijke voogd. De handtekening laten voorafgaan door de woorden 'gelezen en goedgekeurd'.

Geneeskundig getuigschrift

Binnen 8 dagen terug te sturen t.a.v. de raadgevende geneesheer van Baloise

Getroffene

Naam en woonplaats

Datum ongeval/ziekte / /

Datum Eerste onderzoek / / om uur

Aard van de verwondingen of ziekte uitvoerig omschrijven

.....

.....

.....

.....

.....

Begin arbeidsongeschiktheid

Datum / / om uur

Bijkomende opmerkingen

Is het ongeval/de ziekte te wijten aan een voorafbestaande toestand? ☐ ja ☐ neen

Bestendige letsels als gevolg van vroegere ongevallen of ziekten:

.....

.....

.....

Ongeschiktheid tot arbeid of tot normale activiteiten

100 % van t.e.m.

..... % van t.e.m.

..... % van t.e.m.

..... % van t.e.m.

..... % van t.e.m.

☐ Is nog in behandeling.

☐ Volledige genezing is bereikt.

☐ Bestendige gedeeltelijke ongeschiktheid blijft wegens

.....

en kan bepaald worden op %

Prognose

- ☐ Volledige genezing wordt voorzien tegen
- ☐ Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid moet worden verwacht wegens
.....
.....
en kan worden geschat op %
- ☐ Blijvende gedeeltelijke ongeschiktheid kan nog niet bepaald worden.

Verzorging

Getroffene wordt verzorgd:

- ☐ in zijn woning
- ☐ in kabinet geneesheer
- ☐ in ziekenhuis van

Naam van de geneesheer die de getroffene verzorgt:

Gedaan in, op

Naam en woonplaats en/of stempel van de geneesheer

Handtekening geneesheer

Klantennr. _____ Nr. polis/dossier _____

Toestemming verwerking gezondheidgegevens (verzekeringnemer)

Waarom vragen wij uw toestemming?

De wet verplicht ons uw uitdrukkelijke toestemming te vragen om uw gezondheidsgegevens of die van de persoon die u vertegenwoordigt, te verwerken als dat nodig is om:

- te beoordelen of wij u of hem willen verzekeren;
- uw/zijn polissen en schadegevallen te behandelen;
- fraude te bestrijden.

Waarvoor geeft u ons toestemming?

U geeft toestemming om uw gezondheidsgegevens te verwerken.

U gaat akkoord met een eventueel medisch onderzoek door onze raadgevende dokter als dat nodig zou zijn.

U vraagt aan uw dokter de medische verklaringen die nodig zouden zijn om uw polissen te behandelen.

U geeft toestemming aan de dokter die uw overlijden vaststelt, om een verklaring over de doodsoorzaak te geven aan onze raadgevende dokter.

Wij beschermen uw vertrouwelijke gegevens

Wij beveiligen gezondheidsgegevens met verregaande maatregelen en alleen personen die daarvoor bevoegd zijn, verwerken die gegevens met de grootste vertrouwelijkheid.

Wij kunnen de gegevens meedelen aan u of aan een persoon die u geldig vertegenwoordigt (bijv. een voogd of bewindvoerder, een advocaat, een dokter).

Wij kunnen de gegevens ook aan andere partijen meedelen als die het mogen of moeten weten.

Wij denken bijvoorbeeld aan:

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| • bevoegde overheden; | • ziekenfondsen; | • andere partijen waarmee wij als |
| • ondernemingen die tot de Baloise Group behoren; | • herverzekeraars of hun vertegenwoordigers die het | verantwoordelijke contracten |
| • andere verzekeringsondernemingen; | schadegeval ook behandelen; | hebben om de gegevens volgens de |
| | | geldende wetgeving te verwerken. |

Wij delen gegevens alleen mee aan andere partijen als dat nodig is om te oordelen of wij u willen verzekeren of om uw polissen en schadegevallen te behandelen.

Als wij uw gegevens aan partijen in derde landen buiten de EU meedelen, zullen wij de beveiligingsmaatregelen volgens de Belgische wetgeving en de regelgeving van de EU strikt naleven.

Wij bewaren uw gegevens niet eendeloos

Wij bewaren uw gegevens zolang die nodig kunnen zijn om uw polissen en schadegevallen te behandelen.

Geef uw toestemming hier:

Naam en voornaam van de ondergetekende _____

Adres _____

Hoedanigheid¹ _____

Tel. woonplaats _____ Gsm _____

E-mailadres _____

Opgemaakt in _____, op _____

Handtekening

Als het slachtoffer dit document niet zelf ondertekent, mag een andere persoon tekenen voor het slachtoffer. Die persoon moet wel de reden vermelden samen met zijn hoedanigheid (bijv. voogd, advocaat, dokter).

Belangrijk: wanneer u ons geen toestemming geeft om uw gezondheidsgegevens te verwerken, kunnen en mogen wij uw lichamelijke schade NIET behandelen en ook NIET vergoeden!

Uw rechten

U mag uw toestemming op elk moment intrekken.

Dat heeft geen invloed op de verwerking van de gegevens.

Wij kunnen die gegevens in dat geval ook zonder uw toestemming verder verwerken wanneer:

- dat nodig is om uw polissen of de schadegevallen waarbij u betrokken bent te behandelen;
- dat nodig is om verplichtingen uit te voeren of uw of onze specifieke rechten (arbeidsrecht, socialezekerheids- en socialebeschermingsrecht) uit te oefenen;
- het gaat om het verwerken van persoonsgegevens die u zelf openbaar gemaakt hebt;
- de verwerking nodig is om een rechtsvordering in te stellen, uit te oefenen of te onderbouwen.

U kunt uw persoonsgegevens inzien en ze laten verbeteren, aanvullen, wijzigen of verwijderen wanneer daar een reden voor is.

Meer informatie?

Om goed te weten wat uw rechten en wettelijke beperkingen zijn bij de verwerking van gezondheidsgegevens en andere persoonsgegevens, nodigen wij u uit om ons volledig privacybeleid te lezen op onze website (<http://www.baloise.be/privacy>). Daar vindt u ook altijd alle actuele informatie over hoe u kunt gebruikmaken van uw rechten.

U kunt ons privacybeleid ook gewoon in een papieren versie vragen.

Contactgegevens van de verantwoordelijke voor de verwerking

Voor klachten, vragen of verzoeken over de verwerking van uw persoonsgegevens, kunt u schrijven of mailen naar de Data Protection Officer van Baloise:

Baloise

Data Protection Officer

City Link

Posthofbrug 16

2600 Antwerpen

E-mail: privacy@baloise.be

U hebt het recht om een klacht in te dienen

Als u denkt dat de gegevensverwerking niet gebeurt volgens de geldende wetten en regels, dan kunt u klacht indienen bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (<https://privacycommission.be/nl>).