

# déclaration pour intervention

## SOINS DE SANTÉ



DOSSIER N° SMS \_\_\_\_\_  
(Réservé à Ethias)

À retourner à :  
Ethias  
BP/PB 10037  
1070 Bruxelles/Brussel

### A compléter par le patient ou son représentant légal

<b>1 IDENTITÉ DU PATIENT</b>	
Nom _____	Prénom _____
Adresse _____ <small>rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)</small>	
N° _____	Bte _____
Code postal _____	Localité _____
Mail _____ @ _____	N° de téléphone _____
N° de compte _____	
N° Assurcard _____ <small>0 0 4</small>	
Lien de parenté avec le titulaire _____	Date de naissance _____
Avez-vous une assurance hospitalisation auprès d'un autre organisme ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si oui, nom et adresse de cet organisme _____	

<b>2 IDENTITÉ DU TITULAIRE</b>	
Nom _____	Prénom _____

<b>3 OBJET DE LA DEMANDE D'INTERVENTION</b>	
<input type="checkbox"/> Intervention chirurgicale	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Hospitalisation	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="checkbox"/> Maladie grave	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non

<b>4 À COMPLÉTER SI LA DEMANDE D'INTERVENTION EST CONSÉCUTIVE À UN ACCIDENT</b>	
Lieu de l'accident _____ <small>rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)</small>	
N° _____	Bte _____
Code postal _____	Localité _____
Le _____ à _____ heures _____	
Comment s'est produit l'accident ? _____ <small>Description aussi concise et exacte que possible de l'accident avec l'indication de la cause matérielle</small>	
Nom, prénom et adresse complète des principaux témoins de l'accident _____	
Si l'accident est imputable à la faute d'un tiers, nom et adresse de ce tiers _____	
Y a-t-il eu constat par une autorité verbalisante ? <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	
Si oui, laquelle ? _____	

Toute plainte relative au contrat d'assurance ou à la gestion d'un sinistre peut être adressée à :

- Ethias Gestion des plaintes – voie Gisèle Halimi 10 4000 Liège [gestion-des-plaintes@ethias.be](mailto:gestion-des-plaintes@ethias.be)
- Ombudsman des assurances – Square de Meeûs 35 1000 Bruxelles [www.ombudsman-insurance.be](http://www.ombudsman-insurance.be)

### Traitement de données relatives à la santé et/ou autres données sensibles

Vous donnez votre consentement à Ethias pour le traitement des données relatives à votre santé et à celle des enfants mineurs à l'égard desquels vous êtes titulaire de l'autorité parentale ainsi qu'au traitement des autres données sensibles visées par l'article 9 du GDPR et ce, lorsqu'elles sont nécessaires à la conclusion du contrat d'assurance, à sa gestion, à la gestion des sinistres dans lesquels vous ou vos enfants êtes impliqué(s) ainsi qu'à la lutte contre la fraude à l'assurance. Vos marquez également votre accord pour la réalisation éventuelle d'un examen médical unilatéral en cas de sinistre.

Ces données seront traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire. Les obligations d'Ethias en la matière sont détaillées dans la clause « Protection des données personnelles » reprise ci-après.

Ce consentement peut être retiré à tout moment mais cela n'invalidera en rien les traitements de données déjà effectués. Par ailleurs, dans ce cas, Ethias pourrait se trouver dans l'impossibilité de donner suite à vos demandes de conclusion d'un contrat d'assurance ou d'indemnisation de sinistre(s).

### Protection des données personnelles

Soucieuse d'appliquer la nouvelle réglementation GDPR protégeant vos données personnelles, Ethias s'engage pleinement à respecter vos droits en la matière.

Ainsi, Ethias, en sa qualité de responsable du traitement de vos données personnelles, les rassemble pour les finalités suivantes : gestion des fichiers de la clientèle, évaluation des risques, gestion des contrats et des sinistres, opérations de promotion et de fidélisation, enquêtes de satisfaction, prospection et profilage, élaboration de statistiques et d'études actuarielles, exercice des recours, gestion des réclamations et des contentieux, exécution des dispositions légales, réglementaires et administratives en vigueur et lutte contre la fraude.

Ethias traite vos données sur les bases juridiques suivantes :

- afin de respecter toutes les obligations légales, réglementaires et administratives auxquelles elle est soumise ;
- dans le cadre de l'exécution de vos contrats ou pour prendre des mesures précontractuelles à votre demande ;
- pour des raisons qui relèvent de son intérêt légitime, au premier rang desquelles figurent :
  - la lutte contre la fraude ;
  - la connaissance de ses clients et de ses prospects, en vue de les informer de ses activités, produits et services ;
  - la bonne exécution des contrats souscrits par ses assurés ;
  - la sauvegarde de ses intérêts propres et de ceux de ses assurés.

Dans tous ces cas, Ethias veille alors à préserver un juste équilibre entre ses intérêts légitimes et le respect de votre vie privée ;

- le cas échéant, lorsqu'elle a obtenu votre consentement.

Ces données peuvent être, si nécessaire, communiquées aux catégories de destinataires suivantes :

- vos conseillers (avocats, experts, médecins-conseils, ...)
- les collaborateurs et conseillers d'Ethias ;
- les autres entités du groupe, leurs collaborateurs et conseillers ;
- les sous-traitants de quelque nature que ce soit (informatiques et autres), et partenaires commerciaux d'Ethias ;
- tous les prestataires intervenant dans le cadre de l'exécution des contrats et du règlement des sinistres ;
- les banques, les entreprises d'assurances et de réassurance, les courtiers et les bureaux de règlement ;
- les autorités et organismes publics (police, justice, sécurité sociale, ...)
- les autorités de contrôle et l'Ombudsman des assurances.

Notre charte Privacy vous fournira des informations plus détaillées sur les destinataires en question.

Ethias ne conserve vos données personnelles que pour la durée nécessaire au traitement pour lesquelles elles ont été collectées. Cela implique que les données traitées sont conservées pendant toute la durée du ou de vos contrat(s) d'assurance, du ou des sinistres(s), la période de prescription légale ainsi que tout autre délai de conservation qui serait imposé par la législation et la réglementation applicable. La durée de conservation varie en fonction du type de données et de réglementations.

Vous pouvez avoir accès aux données vous concernant et en obtenir la rectification au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité, adressée à :

Ethias

Data Protection Officer

voie Gisèle Halimi 10

4000 Liège

privacy\_request@ethias.be

Vous pouvez vous opposer gratuitement et à tout moment à l'utilisation de vos données à des fins de prospection commerciale et/ou de marketing direct.

En outre, dans certains cas bien précis, la réglementation GDPR vous permet, de demander la limitation du traitement, d'obtenir une copie de vos données (droit de portabilité) et d'en demander l'effacement. Ce droit à l'effacement n'est toutefois pas absolu. Pour plus de détails quant à l'exercice de vos droits, nous vous renvoyons à la Charte Privacy disponible sur le site [www.ethias.be](http://www.ethias.be). Enfin, toute réclamation peut être adressée à l'

Autorité de Protection des Données

Rue de la Presse 35

1000 Bruxelles

Tél. : +32 2 274 48 00

[www.autoriteprotectiondonnees.be](http://www.autoriteprotectiondonnees.be)

Fait à

le

En application de la clause de traitement des données relatives à la santé figurant ci-avant, j'autorise donc Ethias à traiter les données relatives à la santé me concernant ou concernant la personne soignée.

**Signature du patient ou son représentant légal (\*)**

(\*) Si vous êtes le représentant légal, merci d'indiquer votre nom, prénom et lien avec le patient.

**Certificat médical destiné à Ethias**

Je soussigné : \_\_\_\_\_  
nom et prénom du médecin

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

déclare que : \_\_\_\_\_  
nom et prénom du patient

Adresse : \_\_\_\_\_ N° : \_\_\_\_\_ Bte : \_\_\_\_\_  
rue - avenue - boulevard - quai - place - chaussée (biffer les mentions inutiles)

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

est en traitement depuis le \_\_\_\_\_  
date à laquelle l'affection a été constatée pour la première fois

pour \_\_\_\_\_  
Indication de la nature de l'affection.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

doit être hospitalisé ou opéré le : \_\_\_\_\_

a été hospitalisé ou opéré le : \_\_\_\_\_

pour \_\_\_\_\_  
Indication de la nature de l'affection.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Codification I.N.A.M.I. : \_\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du médecin**