

PO/Numéro de dossier \_\_\_\_\_ Numéro de dossier Protections \_\_\_\_\_

Mutuelle \_\_\_\_\_ Vignette \_\_\_\_\_

Nom & prénom du membre \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Nom & prénom de la victime \_\_\_\_\_

Lien de parenté avec le membre \_\_\_\_\_

Avez-vous encore une autre assurance (assurance hospitalisation, assurance groupe, assurance assistance à l'année ...) où ces frais peuvent éventuellement être pris en considération?

NON

OUI, nom de la compagnie \_\_\_\_\_ Numéro de police \_\_\_\_\_

Date du sinistre ..... | ..... | ..... Lieu du sinistre \_\_\_\_\_

Taux de change (veuillez justifier par un décompte carte de crédit, relevé bancaire ou autre preuve) \_\_\_\_\_

Numéro d'ordre	Nom du médecin ou de l'hôpital	Numéro de la prestation ou de la facture	Date de la prestation ou de la facture	Montant réel des frais	Intervention de la mutuelle	Différence à charge du membre
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
Total						

**Veuillez toujours joindre une copie du décompte de votre mutuelle et les factures avec mention du numéro d'ordre!**

Le soussigné déclare que les factures réclamées et les prix sont corrects et concernent le sinistre mentionné. Le droit à l'indemnité échoit lorsqu'une déclaration erronée est faite ou si des renseignements ont été déformés ou omis intentionnellement.

Date ..... | ..... | .....

Nom et prénom

Signature

## Privacy clause

En tant que responsable du traitement, les données à caractère personnel collectées sont traitées conformément au Règlement général sur la protection des données du 27 avril 2016 et à toutes les autres réglementations belges applicables en matière de protection des données. Les données à caractère personnel seront traitées pour les finalités suivantes : la gestion du sinistre déclaré. Si nécessaire, ces données peuvent être communiquées à des tiers dans la mesure où il existerait un intérêt légitime. Les données peuvent également être communiquées à toute personne ou autorité dans le cadre d'une obligation légale ou d'une décision administrative ou judiciaire. Les données traitées sont conservées pendant toute la durée de la gestion du sinistre, le délai de prescription légal, ainsi que tout autre délai de conservation légal et réglementaire. Dans les limites de la loi, vous avez le droit de prendre connaissance de vos données, afin de les faire rectifier le cas échéant. Vous avez le droit de vous opposer au traitement de vos données, ainsi que de faire effacer celles-ci. Dans ce cas, AG Insurance pourrait ne pas être en mesure de poursuivre les finalités susmentionnées. Vous pouvez exercer vos droits en envoyant une demande datée et signée, accompagnée d'une copie recto-verso de votre carte d'identité, par courrier à AG Insurance, Délégué à la protection des données, Boulevard Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles, ou par e-mail à : AG\_DPO@aginsurance.be. Vous pouvez obtenir de plus amples informations à cette même adresse, ainsi que dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance, disponible sur son site web : [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Dans le cadre de l'assurance « Assistance » ou « Annulation » pour raisons médicales, je déclare expressément consentir au traitement des données à caractère personnel relatives à ma santé par AG Insurance et ses mandataires aux fins de la gestion du sinistre susmentionné et au fait que ce traitement peut avoir lieu en dehors de la responsabilité d'un professionnel de la santé. J'ai été informé(e) de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement des données à caractère personnel relatives à ma santé. Je reconnais que, dans pareil cas, AG Insurance se trouverait dans l'impossibilité de réaliser les finalités auxquelles j'ai consenti et/ou de répondre à ma demande d'intervention.