

A la demande de l'assuré, ce formulaire est à compléter par le médecin traitant!

Tour-opérateur _____

PO/Numéro de dossier _____

Intermédiaire de voyages _____

Numéro de dossier Protections _____

Assuré Nom & prénom _____

Patient Nom & prénom _____

Date de naissance | |

Lien de parenté avec l'assuré _____

1. Description détaillée de votre diagnostic _____

2. A quelle date, les premiers soins ont été demandés | |

3. Genre de traitement _____

4. Genre des médicaments _____

5. Durée et fréquence du traitement et des médicaments _____

6. Date de la dernière consultation | |

Raison _____

7. A quel moment avez-vous déconseillé au voyageur assuré d'entreprendre le voyage planifié? | |

Pourquoi? _____

8. Les activités, doivent-elles être interrompues? NON OUI, du | | au | |

9. La sortie, est-elle autorisée? OUI NON, du | | au | |

10. Le patient, était-il déjà en traitement pour cette affection? NON OUI, du | | au | |

11. S'agit-il dans le présent cas d'une rechute? NON OUI, du | | au | |

12. Le patient, a-t'il dû être (est-il) hospitalisé? NON OUI, du | | au | |

13. Antécédents?

Médicaux _____

Chirurgicaux _____

14. En cas de grossesse: quelle est la date prévue de l'accouchement? | |

15. Autres commentaires: _____

Date | |

Cachet

Signature

Veuillez renvoyer ce questionnaire sous enveloppe fermée et confidentielle à PROTECTIONS,
à l'attention du Médecin-conseil, Sleutelplas 6, 1700 Dilbeek, Belgique
T +32 (0)2 463 5000 | F +32 (0)2 463 55 55 | E claims@protections.be

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.

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.