

Dit formulier dient op aanvraag van de verzekerde te worden ingevuld door de behandelende geneesheer!

Touroperator \_\_\_\_\_ PO/Dossiernummer \_\_\_\_\_

Reisbemiddelaar \_\_\_\_\_ Dossiernummer Protections \_\_\_\_\_

**Verzekerde** Naam & voornaam \_\_\_\_\_

**Patiënt** Naam & voornaam \_\_\_\_\_

Geboortedatum ..... | ..... | .....

Relatie tot de verzekerde \_\_\_\_\_

1. Nauwkeurige omschrijving van uw diagnose \_\_\_\_\_

2. Wanneer werden de eerste zorgen aangevraagd ..... | ..... | .....

3. Aard van de verzorging \_\_\_\_\_

4. Aard van de medicatie \_\_\_\_\_

5. Duur en frekwentie van verzorging en medicatie \_\_\_\_\_

6. Datum van de laatste consultatie ..... | ..... | .....

Reden \_\_\_\_\_

7. Wanneer heeft U de verzekerde reiziger het ondernemen van de geplande reis afgeraden? ..... | ..... | .....

Waarom? \_\_\_\_\_

8. Moeten de activiteiten worden onderbroken?  NEE  JA, vanaf ..... | ..... | ..... tot ..... | ..... | .....

9. Is het verlaten van de woonst toegelaten?  JA  NEE, vanaf ..... | ..... | ..... tot ..... | ..... | .....

10. Was de patiënt reeds vroeger in behandeling voor deze aandoening?  NEE  JA, vanaf ..... | ..... | ..... tot ..... | ..... | .....

11. Betreft het hier een hernieuwde aanval?  NEE  JA, vanaf ..... | ..... | ..... tot ..... | ..... | .....

12. Diende (dient) de patiënt gehospitaliseerd te worden  NEE  JA, vanaf ..... | ..... | ..... tot ..... | ..... | .....

13. Antecedenten?

Medisch \_\_\_\_\_

Chirurgisch \_\_\_\_\_

14. In geval van zwangerschap: welke is de normale bevallingsdatum? ..... | ..... | .....

15. Andere toelichtingen \_\_\_\_\_

Datum ..... | ..... | .....

Stempel

Handtekening

Gelieve deze vragenlijst onder gesloten en vertrouwelijke omslag op te sturen naar PROTECTIONS,

t.a.v. Dhr. Geneesheer-adviseur, Sleutelplas 6, 1700 Dilbeek, België.

T +32 (0)2 463 5000 | F +32 (0)2 463 55 55 | E claims@protections.be

## Privacy clause

Als verantwoordelijke voor de verwerking, worden de verzamelde persoonsgegevens verwerkt overeenkomstig de algemene verordening gegevensbescherming van 27 april 2016 en alle andere geldende Belgische regelgevingen betreffende gegevensbescherming. De persoonsgegevens worden verwerkt voor de volgende doeleinden: het beheer van het vermelde schadegeval. Deze gegevens kunnen indien nodig doorgegeven worden aan derden voor zover er een gewettigd belang bestaat. De gegevens kunnen ook meegedeeld worden aan om het even welke persoon of instantie in het kader van een wettelijke verplichting of een administratieve of rechterlijke beslissing. De verwerkte gegevens worden bijgehouden gedurende de hele periode van het schadebeheer, de wettelijke verjaringstermijn, alsook gedurende elke andere wettelijke en reglementaire bewaartermijn. Binnen de grenzen van de wet heeft u het recht om kennis te nemen van uw gegevens, om ze, in voorkomend geval, te laten verbeteren. U heeft het recht om u te verzetten tegen de verwerking van uw gegevens, alsook om uw gegevens te laten verwijderen. In die gevallen is het mogelijk dat AG Insurance de bovenvermelde doeleinden niet kan voortzetten. U kunt uw rechten uitoefenen door een gedateerde en ondertekende aanvraag samen met een tweezijdige kopie van uw identiteitskaart per post te verzenden naar AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Brussel, Emile Jacqmainlaan 53, of per e-mail aan: AG\_DPO@aginsurance.be. U kunt meer informatie verkrijgen via ditzelfde adres, alsook in de Privacyverklaring van AG Insurance die u terugvindt op de website: [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

In het kader van de verzekering "Reisbijstand" of "Annulering" omwille van medische redenen, verklaar ik uitdrukkelijk akkoord te gaan met de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid door AG Insurance en door haar aangestelden met het oog op het beheer van het vermelde schadegeval en dat deze verwerking mag geschieden buiten de verantwoordelijkheid van een beroepsbeoefenaar in de gezondheidszorg. Ik werd geïnformeerd over mijn recht om op elk ogenblik mijn toestemming voor de verwerking van de persoonsgegevens over mijn gezondheid in te trekken. Ik erken dat AG Insurance zich in dat geval in de onmogelijkheid zou bevinden om de doeleinden te verwezenlijken waarmee ik was akkoord gegaan en/of in te gaan op mijn verzoek tot tussenkomst.