

ASSURANCE HOSPITALISATION
Police n° ...

DECLARATION HOSPITALISTION

A renvoyer complétée et accompagné de la carte identité et de la signature de l'assuré au life.selfemployed@axa.be

Toute omission ou réponse incomplète (un trait ne constituant pas une réponse) peut être préjudiciable

A. IDENTIFICATION DE L'ASSURE

NOM – PRENOM : Date de naissance:
Adresse : N°tél.:

B. NATURE DU SINISTRE : maladie accident vie privée Accident du travail ou sur le chemin du travail Accouchement

Nature de l'affection ou du traumatisme :

Date du 1er jour d'hospitalisation :/...../.....

Dénomination & adresse de l'établissement :

C. RENSEIGNEMENTS EN RAPPORT AVEC LE SINISTRE

Date des premières manifestations du problème entraînant la présente hospitalisation :/...../.....

Avez-vous déjà souffert du même problème ? oui non Quand ?/...../.....

Date de la 1ère visite chez un médecin en rapport avec l'affection signalée ci-dessus :/...../.....

Nom & adresse de ce médecin :

Avez-vous consulté d'autres médecins en rapport avec cette affection ? oui non Quand ?/...../.....

Nom & adresse :

Diagnostic : Date à laquelle il a été posé :/...../.....

Une intervention chirurgicale est-elle prévue ? oui non

Si oui, laquelle ?

Avant l'hospitalisation actuelle, avez-vous souffert d'affections graves, été victime d'accidents ou subi des interventions chirurgicales, de nature à aggraver les conséquences de cette hospitalisation ? oui non

Si oui, précisez :

D. SINISTRE ACCIDENTEL : Cause : Sportif Circulation Autre

Date :/...../..... àheures

Relation des faits :

Un procès verbal a-t-il été dressé ? oui non Date et n° du procès-verbal :

La responsabilité d'un tiers semble-t-elle engagée ? OUI non-Coordonnées du tiers :

E. GENERALITES

Etes-vous couvert par une assurance ayant le même objet auprès d'une autre compagnie ? oui non

Dénomination & adresse :n° police :

Date de souscription :/...../.....

Etes-vous affilié à une mutualité ? - pour les garanties légales ? oui non

- pour les garanties complémentaires ? oui non

Dénomination & adresse :

Existent-ils d'autres contrats susceptibles d'intervenir suite à ce sinistre (assurance invalidité, auto, RC, loi, ...) et auprès de quelles compagnies ? OUI non

Dénomination & adresse :N° police :

F. PAIEMENT DESIRE

compte bancaire N°.....TITULAIRE DU COMPTE :

Les données à caractère personnel (« les données personnelles ») communiquées par la personne concernée ou reçues légitimement par AXA Belgium, responsable des traitements, peuvent être traitées par la compagnie en vue de la gestion du fichier des personnes, de la gestion des contrats d'assurance et des sinistres, du service à la clientèle, de la gestion de la relation avec l'intermédiaire d'assurance, de la détection, prévention et lutte contre la fraude, de la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme, de l'acceptation des risques, de la surveillance du portefeuille, d'études statistiques. Ces traitements sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, au respect d'une obligation légale ou aux intérêts légitimes d'AXA Belgium.

Dans la mesure où la communication des données personnelles est nécessaire pour permettre de réaliser les finalités énumérées ci-dessus, ces données peuvent être

communiquées à d'autres entreprises membres du groupe AXA, à des entreprises et/ou à des personnes en relation avec celles-ci ainsi qu'aux autorités publiques compétentes. La personne concernée peut demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de ses données personnelles, choisir d'en limiter l'usage ou s'opposer à leur traitement. Dans le cas où la personne concernée a donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de ses données, elle peut la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'exécution de son contrat.

AXA Belgium veille à assurer un niveau adéquat de protection lorsque les données personnelles sont transférées hors Union Européenne.

La personne concernée peut obtenir plus d'informations et exercer ses droits soit via son espace client MyAXA, soit via le site internet www.AXA.be, ou encore par courrier postal à l'adresse suivante : AXA Belgium - Data Protection Officer (TR1/884), Place du Trône 1, 1000 Bruxelles.

En signant ce document, la personne concernée donne son consentement explicite pour le traitement des données relatives à sa santé, nécessaire pour l'acceptation du risque et la gestion du contrat d'assurance et des sinistres.

Fait àle/...../..... .

Signature de l'assuré :