

AUTORISATION DE TRAITEMENT DES DONNEES MEDICALES ET ATTESTATION D'HOSPITALISATION ACCOUCHEMENT

*Veillez dater, signer les **DEUX** documents complétés et nous renvoyer le tout par courrier, par fax (02 – 304 11 10) ou par e-mail (medical@precura.be).*

REGLEMENT GENERAL SUR LA PROTECTION DES DONNEES DU 27 AVRIL 2016

Vous accordez aux Assurances PRECURA, Romeinsesteenweg 564 A, 1853 Grimbergen, responsable du traitement, le droit de traiter vos données personnelles en vue et dans le cadre de :

- la gestion et l'exécution du contrat d'assurance auquel vous êtes affilié ;
- la gestion des éventuels sinistres ;
- et la lutte contre la fraude en matière d'assurance.

Les données de santé que vous nous avez fournies dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance auquel vous êtes affilié, sont nécessaires à l'exécution de ce contrat, y compris la gestion des sinistres vous concernant. Si vous n'accordez pas (plus) l'autorisation de traiter ces données de santé, PRECURA ne peut (plus) en poursuivre l'exécution, y compris la gestion des sinistres vous concernant.

Vos données de santé sont traitées en toute discrétion et exclusivement par les personnes autorisées.

Ce traitement comprend entre autre la communication ou l'envoi de (partie de) vos données de santé, lorsque nécessaire ou indiqué, à des prestataires tiers comme les entreprises de réassurance, les experts médicaux ou les avocats qui interviennent pour PRECURA.

Vos données de santé sont conservées aussi longtemps que nécessaire à la gestion du contrat d'assurance auquel vous êtes affilié, la gestion de vos sinistres, le respect de notre politique d'acceptation en rapport de votre risque et le respect des dispositions légales et réglementaires en matière de conservation des documents et/ou des données.

Vous avez un droit d'accès, de rectification et d'effacement ainsi qu'un droit de limiter le traitement de vos données personnelles conformément aux dispositions du Règlement Général sur la Protection des Données.

Dans le cas où vous souhaitez exercer l'un de ces droits, vous pouvez adresser votre demande, au moyen d'un document daté et signé accompagné d'une copie recto/verso de votre carte d'identité aux Assurances PRECURA.

Les Assurances PRECURA vous fourniront toute information complémentaire en rapport avec le traitement de vos données de santé.

Les plaintes éventuelles sont à adresser à l'Autorité de Protection des Données créée par la loi du 3 décembre 2017.

Date :

Nom et Signature :

ACCOUCHEMENT
ATTESTATION D'HOSPITALISATION

Rubrique à remplir par l'assurée:

Nom: Prénom :

Adresse privée: rue: n°: bte:

code postal: lieu:

GSM:

Numéro national :

Numéro de compte IBAN: BE - - -

Banque: Nom titulaire:

Date / / Signature :

Veillez également joindre une copie de l'ACTE DE NAISSANCE s.v.p.

Rubrique à remplir par le gynécologue (uniquement en cas d'extension de la garantie):

Je soussigné, Docteur :

Déclare que madame :

Pour son **accouchement**

A été hospitalisée le :

A l'hôpital de :

Elle a pu quitter l'hôpital le :

Signature et cachet du gynécologue :

Date / /

Si la durée de l'hospitalisation dépasse cinq jours, veuillez adresser un rapport d'hospitalisation à l'attention de notre Médecin Directeur.