

Naam, voornaam en adres slachtoffer:

.....
.....
.....

DOSSIER:

Ongeval van:

**Gelieve dit document aan te vullen, te ondertekenen en terug te sturen aan
Ethias, Prins-Bisschopssingel 73, 3500 Hasselt**

BELANGRIJK

Gelieve hiernavolgende rubriek in te vullen of een kleeftbriefje van uw ziekenfonds aan te brengen en de hiernavolgende verklaring aangaande de medische gegevens te ondertekenen.

Naam en voornaam van titularis :
Verzekeringinstelling :
Inschrijvingsnummer :

OPGELET: De wet van 9 augustus 1963 legt iedereen de verplichting op zich bij een ziekenfonds aan te sluiten. Zo dit voor u echter niet het geval zou zijn, gelieve hierna uw beweegredenen uiteen te zetten:

Ondergetekende verleent hierbij toelating aan Ethias de medische gegevens te behandelen die betrekking hebben op het ongeval waarvan zij/hij (of diens kind) het slachtoffer werd.

Handtekening,

Om de extra bankkosten van een cheque te vermijden, willen wij u vragen ons uw rekeningnummer mee te delen.

□□□ - □□□□□□□□ - □□

De persoonsgegevens bedoeld in dit formulier zullen het voorwerp uitmaken van een verwerking door Ethias of NRB, Parc des Hauts-Sarts in 4040 Herstal, in het kader van de aanvaarding van de risico's, het beheer van de verzekeringsovereenkomsten, het promoten van de diensten aangeboden door Ethias en het bestendigen van haar relatie met de aangeslotenen. De betrokken personen hebben toegang tot de gegevens en kunnen een eventuele verbetering laten aanbrengen overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 en haar uitvoeringsbesluiten. Het is mogelijk om bijkomende inlichtingen omtrent de geautomatiseerde verwerkingen te verkrijgen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer (Hallepoort 5-8 te 1060 Brussel) (identificatienummer 000.524.689).