Contrat N° 45501567 – ETHIAS

DEMANDE D'OBTENTION D'INDEMNITE
RETRAIT DU CERTIFICAT DE SELECTION MEDICALE

L'assuré **Nom, prénoms :** **Adresse :** **Date de naissance :**	 …… …… …… ……
Employeur : **Adresse :** **N° ONSS**	…… …… …… **085 - …… - …..**
A) Retrait du certificat : **- date du premier examen de sélection médicale :** **- date du retrait du certificat de sélection médicale :**	 ……. …….

Date et signature de l'assuré …….

1. **Ces documents doivent être complétés et signés et transmis à :**
   WILINK INSURANCE (CLAIMS)
   Boulevard Baudouin 1er, 25
   1348 Louvain-La-Neuve

   Ou : claims@wilink.be

   Le délai pour déclarer à l'assureur est de maximum 1 an à dater du retrait.

2. **L'annexe doit être complétée par le médecin**

3. **Joindre la copie du nouveau permis de conduire « sans sélection médicale »**

4. **Le talon ci-dessous doit être obligatoirement signé**

Le soussigné,……..
domicilié à ……..
…….
désire interjeter appel à la décision du retrait du certificat de sélection médicale

Médecin conseil désigné (ne pas compléter) : ……
Signature

Politique de Confidentialité et de Protection des Données Personnelles

Dans le cadre de la gestion de votre déclaration de sinistre, WILINK INSURANCE est amené à collecter et à traiter des données à caractère personnel vous concernant, y compris des données médicales. Ces informations sont nécessaires pour évaluer votre demande et vous fournir une réponse adaptée.

1. **Finalité du traitement** :
Les données collectées sont utilisées exclusivement pour :
- L'instruction de votre déclaration de sinistre.
- La communication avec les parties prenantes impliquées dans le processus (compagnie, médecins).
- Le respect des obligations légales et réglementaires liées à l'assurance.

2. **Nature des données collectées** :
Les données personnelles et médicales que nous pouvons collecter incluent, mais ne sont pas limitées à :
- Vos coordonnées (nom, prénom, adresse, téléphone, email).
- Des informations relatives à votre état de santé (inaptitude à exercer votre métier).
- Des documents justificatifs.

3. **Base légale du traitement** :
Le traitement de vos données est fondé sur :
- L'exécution d'un contrat.
- Le respect d'obligations légales.

4. **Destinataires des données** :
Vos données peuvent être partagées avec :
- Les services internes de notre entreprise impliqués dans la gestion des sinistres.
- Les experts médicaux ou techniques mandatés pour évaluer votre dossier.
- La compagnie d’assurance.

5. **Durée de conservation** :
Vos données seront conservées pendant la durée nécessaire à la gestion de votre sinistre, puis archivées conformément aux obligations légales (généralement 5 à 10 ans selon la nature des données).

6. **Vos droits** :
Conformément au RGPD, vous disposez des droits suivants :
- Droit d'accès à vos données.
- Droit de rectification des données inexactes.
- Droit à l'effacement (dans les limites prévues par la loi).
- Droit à la limitation du traitement.
- Droit à la portabilité des données.
- Droit d'opposition au traitement.

7. **Sécurité des données** :
Nous mettons en œuvre des mesures techniques et organisationnelles appropriées pour protéger vos données contre toute accès non autorisé, modification, divulgation ou destruction.

Contrat N° 45501567 – ETHIAS

ATTESTATION MEDICALE
PERTE DE SELECTION MEDICALE

Le docteur : ……
domicilié à : ……
……

concernant l'état de : Nom, prénoms ……..

---

1. EN CAS D'INCAPACITE CONSECUTIVE A UN EXAMEN DE SELECTION MEDICALE (inaptitude)

⇒ **avis à propos de la décision du Ministère de la Santé Publique :**
…….
…….

⇒ **estimez-vous que la révision soit possible ou souhaitable?**

☐ **OUI**

☐ **NON**

L'assuré était-il atteint de lésions ou de maladies ayant aggravé l'accident ou précipité la décision d'inaptitude :

☐ **OUI, lesquelles ……**
……

☐ **NON**

des examens complémentaires sont-ils nécessaires :

☐ **OUI**

☐ **NON**

Certifié sincères,

Fait à ……, le ……

Signature du médecin