

**AANVRAAG VOOR HET VERKRIJGEN VAN EEN
VERGOEDING WEGENS DEFINITIEVE INTREKKING
MEDISCHE SCHIFTING**

De verzekerde Naam, voornamen : Adres : Geboortedatum :
Werkgever : Adres : RSZ-Nr 085 - -
A) Intrekking certificaat : - datum van de eerste medische schifting : - datum van de definitieve intrekking medische schifting :

Datum en handtekening van de verzekerde :

1. Deze documenten moeten ingevuld, ondertekend en verstuurd worden naar :
WILINK INSURANCE (CLAIMS)
Boulevard Baudouin 1^{er}, 25
1348 Louvain-La-Neuve

Of : claims@wilink.be

De indieningstermijn bedraagt maximaal 1 jaar, te rekenen vanaf de datum van definitieve intrekking van de medische schifting.

2. De bijlage dient door de dokter ingevuld te worden.
3. Voeg een kopie bij van uw nieuw rijbewijs zonder “medische schifting”.
4. De strook hieronder moet absoluut ondertekend worden.

Ondergetekende,
woonachtig
.....
wenst appel aan te tekenen tegen de beslissing van het definitief verlies van medische schifting

Aangewezen raadgevend arts (niet invullen) :

Handtekening

Beleid inzake vertrouwelijkheid en bescherming van persoonsgegevens

Als onderdeel van het beheer van uw schadeclaim is WILINK INSURANCE verplicht om persoonlijke gegevens over u te verzamelen en te verwerken, waaronder medische gegevens. Deze informatie is nodig om uw claim te beoordelen en u een passend antwoord te geven.

1. Doel van de verwerking :

De verzamelde gegevens worden uitsluitend gebruikt voor :

- Het onderzoeken van uw claim.
- Communicatie met de bij het proces betrokken partijen (bedrijf, artsen).
- Het voldoen aan wettelijke en reglementaire verplichtingen met betrekking tot verzekeringen.

2. Aard van de verzamelde gegevens:

De persoonlijke en medische gegevens die we kunnen verzamelen omvatten, maar zijn niet beperkt tot:

- Uw contactgegevens (naam, voornaam, adres, telefoonnummer, e-mailadres).
- Informatie met betrekking tot uw gezondheidstoestand (onvermogen om uw werk uit te voeren).
- Ondersteunende documenten.

3. Wettelijke basis voor verwerking:

De verwerking van uw gegevens is gebaseerd op :

- De uitvoering van een contract.
- Het voldoen aan wettelijke verplichtingen.

4. Ontvangers van de gegevens :

Uw gegevens kunnen worden gedeeld met:

- De interne afdelingen van ons bedrijf die betrokken zijn bij schadebeheer.
- Medische of technische deskundigen die zijn aangesteld om uw zaak te beoordelen.
- De verzekeringsmaatschappij.

5. Bewaartermijn :

Uw gegevens worden bewaard zolang als nodig is om uw claim te beheren en vervolgens gearhiveerd in overeenstemming met de wettelijke verplichtingen (over het algemeen 5 tot 10 jaar, afhankelijk van de aard van de gegevens).

6. Uw rechten:

In overeenstemming met de RGPD heeft u de volgende rechten:

- Recht op toegang tot uw gegevens.
- Recht op rectificatie van onjuiste gegevens.
- Recht op wissen (binnen de grenzen van de wet).
- Recht op beperking van de verwerking.
- Recht op gegevensoverdraagbaarheid.
- Recht op bezwaar tegen verwerking.

7. Gegevensbeveiliging:

Wij implementeren passende technische en organisatorische maatregelen om uw gegevens te beschermen tegen ongeoorloofde toegang, wijziging, openbaarmaking of vernietiging.

**MEDISCH ATTEST
DEFINITIEF VERLIES MEDISCHE SCHIFTING**

De dokter :
woonachtig :
.....

betreffende de toestand van : Naam, voornamen

1. IN GEVAL VAN ONGESCHIKTHEID NA EEN ONDERZOEK MEDISCH SCHIFTING

⇒ advies over het besluit van het ministerie van Volksgezondheid :
(ongeschiktheid)

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

⇒ Denk je dat een herziening mogelijk of wenselijk
is?.....

JA

NEEN

Was de verzekerde reeds aangedaan door letsels of ziekten die het ongeval verergerd
hebben of het besluit tot afkeuring hebben versneld :

ZO JA, welke

NEEN

Acht u bijkomende onderzoeken aangewezen :

JA

NEEN

Opgemaakt en echt verklaard te....., op.....

Handtekening van de dokter