

Déclaration de maladie / d'accident / de grossesse / d'accouchement - PARTIE I

Déclaration de l'assuré

Pour quelle police souhaitez-vous faire une déclaration ?	Vos données de dossier (à remplir par Vivium)
☐ Police individuelle n° _____ ☐ Assurance de groupe n° 530/ _____ / _____	Numéro de sinistre : _____ Nos références : _____

Assuré	
Nom: _____	Prénom: _____
Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date de naissance ____ / ____ / ____	
Rue : _____	Numéro : _____ Boîte : _____
Code postal : _____	Localité : _____
Numéro de téléphone / GSM : _____	E-mail* : _____
Statut : ☐ Indépendant(e) ☐ Salarié(e) - Nom de l'employeur : _____	
Profession : _____	
Description des tâches : _____	
N° de compte assuré : _____	IBAN _____ BIC _____
Ne compléter que s'il s'agit d'une police individuelle	
N° de compte preneur d'assurance : _____	IBAN _____ BIC _____
E-mail preneur d'assurance* : _____	

* Ne sera utilisé qu'aux fins des communications dans le cadre du traitement du sinistre et ne sera pas partagé avec des tiers.

☐ Maladie
Quand avez-vous perçu les symptômes de l'affection pour la première fois et quels sont ces symptômes ? _____ _____ _____ Souffrez-vous ou avez-vous souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à votre état de santé actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? ☐ Non ☐ Oui - Si oui, lesquels ? _____ _____ Pouvez-vous bénéficier d'une ou de plusieurs autres assurances similaires ? ☐ Non ☐ Oui - Si oui, quels assureurs, polices et montants ? _____ _____

☐ Grossesse et accouchement
Date présumée de l'accouchement ____ / ____ / ____ Y a-t-il des complications ? ☐ Non ☐ Oui Si non, la partie 2 'Certificat médical' ne doit PAS être complétée Période de repos d'accouchement du ____ / ____ / ____ au ____ / ____ / ____ inclus Date de l'accouchement ____ / ____ / ____

☐ Congé d'adoption OU ☐ Congé pour parents adoptifs

De __/__/____ au __/__/____ inclus

La partie 2 ne doit PAS être complétée.

☐ Accident

Nature de l'accident : ☐ Accident (sur le chemin) du travail ☐ Accident de la vie privée

Date, heure et lieu de l'accident __/__/____ à _____, lieu _____

Description détaillée de l'accident : _____

Lésions : _____

Autorité judiciaire qui a dressé le procès-verbal (PV), éventuellement numéro du PV : _____

Nom et adresse du responsable éventuel, sa compagnie d'assurances et son numéro de police : _____

Pouvez-vous bénéficier d'une ou de plusieurs autres assurances similaires ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, quels assureurs, polices et montants ? _____

Informations relatives à la protection des données

En sa qualité de Responsable du traitement, P&V Assurances sc, dont le siège social se situe à 1210 Bruxelles, rue Royale 151, collectera et traitera les données à caractère personnel nécessaires à l'établissement et à la gestion de la police, ainsi qu'au traitement d'un sinistre. Ces données sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

Ce traitement de données s'effectue conformément à la réglementation en vigueur en matière de protection de la vie privée et en particulier le Règlement (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la Directive 95/46/CE (RGPD).

Nous demandons votre consentement explicite pour le traitement des données relatives à votre santé. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le cas échéant, vous déclarez être informé que P&V peut se trouver dans l'impossibilité de donner suite à toute demande impliquant le traitement de données relatives à la santé.

Vous trouverez de plus amples informations concernant le traitement des données dans les conditions générales de votre assurance de groupe. Vous pouvez consulter notre politique générale de confidentialité sur www.vivium.be/fr/privacy.

Les plaintes éventuelles peuvent être déposées auprès de l'Autorité de protection des données, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, authority@apd-gba.be.

Informations concernant l'accompagnement lors du processus de rétablissement pour les travailleurs disposant d'une assurance de groupe

Reprendre vos activités peut comporter des difficultés. Le soutien supplémentaire d'un expert externe indépendant peut favoriser votre rétablissement et votre retour au travail. Vivium collabore avec des partenaires spécialisés pour de tels trajets d'accompagnement. Sur base de votre dossier, nous évaluons si vous entrez en ligne de compte pour faire appel à cet accompagnement, et dans l'affirmative, nous vous mettons en contact avec un partenaire externe. Ce dernier vous téléphonera pour vous donner plus d'explications sur l'accompagnement personnel pendant votre trajet de rétablissement. Cette offre sans aucun frais et sans engagement concerne principalement des affections liées au stress telles que le burn-out.

Vous trouverez plus d'informations sur <https://monassurancegroupe.vivium.be/fr/trajet-d-accompagnement>.

En signant ce document, vous acceptez pour vous-même et pour les personnes que vous représentez ou qui vous représentent que P&V Assurances sc traite vos données relatives à la santé. Vous veillerez à en informer toutes les personnes concernées. Ce traitement est nécessaire à l'évaluation des risques, ainsi qu'à la gestion des contrats et des sinistres en question.

Fait à _____ le __/__/____

Signature de l'assuré,

Déclaration de maladie / d'accident / de grossesse / d'accouchement - PARTIE 2

Certificat médical (à compléter par le médecin)

(La partie 2 n'est PAS requise en cas de grossesse ou d'accouchement sans complications)

Personne pour laquelle la déclaration a lieu

Nom et prénom :

● Diagnostic en cas de maladie/grossesse avec complications

Diagnostic (précis et complet) :

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?

☐ Non ☐ Oui - Si oui, laquelle ?

La personne concernée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? ☐ Non ☐ Oui - Si oui, lesquels ?

● Diagnostic en cas d'accident

Description détaillée des lésions :

Selon vous, les lésions ont-elles un rapport de cause à effet avec l'accident ?

☐ Non ☐ Oui

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ?

☐ Non ☐ Oui - Si oui, laquelle ?

La personne concernée souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? ☐ Non ☐ Oui - Si oui, lesquels ?

Incapacité de travail

Date de prise d'effet de l'incapacité de travail __/__/____

Durée présumée de l'incapacité de travail :

La période d'incapacité de travail prescrite temporairement :

- totale du __/__/____ au __/__/____ inclus

- partielle du __/__/____ au __/__/____ inclus - à ____%

A quelle date pensez-vous que la personne concernée sera en état de reprendre ses activités ? __/__/____

Si le travail a déjà repris, date __/__/____

Hospitalisation

Nom et adresse de l'hôpital :

Motif d'admission :

Date d'admission __/__/____ Date de sortie __/__/____

Fait à _____ le __/__/____

Signature du médecin traitant + cachet,