VIVIUM

A renvoyer
- par e-mail à :
  protection@vivium.be
- par courrier postal à :
  Vivium
  À l'att. du médecin-conseil (PI 0190)
  Desguinlei 92
  2018 Antwerpen

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)
O Police individuelle n° _ _ _ _ _ _ _ _ _	Numéro de sinistre :
O Assurance de groupe n° 530/ _ _ _ _ _ _ / _ _ _ _	Nos références :

Assuré

Nom: Prénom:

Sexe : O Masculin O Féminin Date de naissance _ _ / _ _ / _ _ _ _

Rue : Numéro : Boîte :

Code postal : Localité :

Numéro de téléphone / GSM : E-mail* :

Statut : O Indépendant(e) O 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 ? O Non O Oui - Si oui, lesquels ?

Pouvez-vous bénéficier d'une ou de plusieurs autres assurances similaires ? O Non O Oui - Si oui, quels assureurs, polices et montants?

● Grossesse et accouchement

Date présumée de l'accouchement _ _ / _ _ / _ _ _ _

Y a-t-il des complications ? O Non O 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 _ _ / _ _ / _ _ _ _

8.633-IF / 04.2025

● Congé d'adoption OU ● Congé pour parents adoptifs

De _ _ / _ _ / _ _ _ _ au _ _ / _ _ / _ _ _ _ inclus

La partie 2 ne doit PAS être complétée.

● Accident

Nature de l'accident : O Accident (sur le chemin) du travail O 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 ? O Non O 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,

VIVIUM

A renvoyer
- par e-mail à :
  protection@vivium.be
- par courrier postal à :
  Vivium
  À l'att. du médecin-conseil (PI 0190)
  Desguinlei 92
  2018 Antwerpen

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 prenom :

● Diagnostic en cas de maladie/grossesse avec complications

Diagnostic (précis et complet) :

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ? O Non O 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 ? O Non O 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 ? O Non O Oui

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ? O Non O 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 ? O Non O Oui - Si oui, lesquels ?

8.633-2F / 04.2025

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 préscrite 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,