

□ **Numéro de police :**

Ce formulaire doit être renvoyé dûment complété et signé, le plus rapidement possible à la compagnie (dans le délai prévu dans les Conditions Générales). En cas d'accident mortel, avertissez immédiatement la compagnie.

A renvoyer à :
VIVIUM - PI 0190
A l'attention du Médecin-conseil
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen

Assuré Nom/Prénom de la personne assurée :

Sexe : Date de naissance : **Numéro de compte du bénéficiaire :**

Masculin Féminin

Adresse de l'assuré :

Straat Numéro Bus

Code Postal Woonplaats

Numéro de téléphone / GSM : E-mail :

Profession

Statut : Indépendant(e) Travailleur : Nom et adresse de l'employeur : _____

Description des tâches : _____

Grossesse et accouchement Date présumée de l'accouchement :

Y a-t-il des complications ? Non Oui Si oui, description détaillée _____

Période du repos d'accouchement : Date de l'accouchement :

du au inclus

Accident Nature de l'accident : Accident du travail Accident de la route Accident de la vie privée

Date, heure et lieu de l'accident : _____

Description détaillée de l'accident : _____

Blessures _____

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 : _____

Maladie **Généralités**

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 de maux ayant pu contribuer directement ou indirectement à votre état de santé actuel ou qui pourraient entraver la guérison ? Non Oui Si oui, lesquels ? _____

Pouvez-vous bénéficier d'une ou plusieurs autres assurances similaires ? Non Oui Si oui, quelle compagnie, quelles polices, quels montants ? _____

Déclarations Générales *Communication conforme à la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Les données qui vous concernent sont reprises dans des fichiers tenus afin de pouvoir établir, gérer et exécuter les contrats d'assurance. La société responsable du traitement est VIVIUM SA, rue Royale 153, 1210 Bruxelles. Vous pouvez prendre connaissance de ces données et, si nécessaire, les faire corriger. Si vous ne désirez pas être contacté dans un contexte de marketing direct, nous veillerons à effacer, gratuitement, vos données des listes concernées. Déclaration conforme à la Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Le soussigné autorise par la présente VIVIUM SA à traiter les données à caractère personnel relatives à sa santé. Ce traitement est nécessaire à la gestion du contrat d'assurance ainsi qu'au traitement du dossier de sinistre.*

Fait à _____ le

Signature de l'assuré,



Ne pas remplir en cas d'hospitalisation liée à la grossesse ou à l'accouchement (sauf en cas de complications)

Certificat médical

Nom de la personne pour qui la déclaration est établie :

Diagnostic :

En cas de maladie / Complications grossesse

Diagnostic (précis et complet) : _____

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ? Non Oui Si oui, laquelle ? _____

La victime souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou de maux ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient entraver la guérison ? Non Oui Si oui, lesquels ? _____

En cas d'accident

Description détaillée des lésions : _____

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

Une intervention chirurgicale est-elle nécessaire ? Non Oui Si oui, laquelle ? _____

La victime souffre-t-elle ou a-t-elle souffert précédemment de maladies, de handicaps ou de maux ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient entraver la guérison ? Non Oui Si oui, lesquels ? _____

Invalidité/Incapacité de travail

Date de prise d'effet de l'invalidité/incapacité de travail : ____

Durée présumée de l'invalidité/incapacité de travail : _____

L'incapacité de travail était complète du ____ au ____ inclus à ____ %

L'incapacité de travail était partielle

du ____ au ____ inclus à ____ %

du ____ au ____ inclus à ____ %

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 : ____

En cas d'hospitalisation

Nom et adresse de l'hôpital : _____

Motif d'admission : _____

Date d'admission : ____ Date de sortie : ____

Fait à _____ le ____ Signature du médecin traitant + Cachet,