

Aangifte van ziekte / ongeval / zwangerschap / bevalling - DEEL I

Verklaring van de verzekerde

Voor welke polis wenst u een aangifte te doen?	Uw dossiergegevens (in te vullen door Viviam)	
☐ Individuele polis nr. _____ ☐ Groepsverzekering nr. 530/ _____ / _____	Schadenummer: _____ Onze referte: _____	
Verzekerde		
Naam: _____		Voornaam: _____
Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw	Geboortedatum __ / __ / ____	
Straat: _____		Nummer: _____ Bus: _____
Postcode: _____ Woonplaats: _____		
Telefoonnummer/gsm: _____		E-mail*: _____
Statuut: ☐ Zelfstandige ☐ Loontrekkende - Naam werkgever: _____		
Beroep: _____		
Taakomschrijving: _____		
Rekeningnummer verzekerde: IBAN _____		BIC _____
Enkel in te vullen indien het gaat over een individuele polis		
Rekeningnummer verzekeringsnemer: IBAN _____		BIC _____
E-mail verzekeringsnemer*: _____		

* Zal enkel worden gebruikt voor communicatie in het kader van afhandeling van het schadegeval en zal niet gedeeld worden met derden.

☒ Ziekte
Wanneer werd u voor het eerst de symptomen van de aandoening gewaar en welke zijn deze symptomen? _____ _____ _____ Lijdt u of leed u vroeger aan ziekten, handicaps of kwalen die rechtstreeks of onrechtstreeks tot uw huidige gezondheidstoestand kunnen bijdragen of die de genezing zouden kunnen bemoeilijken? ☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke? _____ _____ Kan u genieten van andere soortgelijke verzekering(en)? ☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke verzekeraars, polissen, bedragen? _____ _____ _____
☐ Zwangerschap en bevalling
Vermoedelijke datum van bevalling __ / __ / ____ Zijn er complicaties? ☐ Neen ☐ Ja Indien neen, moet deel 2 'Geneeskundig getuigschrift' NIET worden ingevuld. Periode moederschapsrust van __ / __ / ____ tot en met __ / __ / ____ Datum bevalling __ / __ / ____

● Adoptieverlof OF ● Pleegouderverlof

Van __ / __ / __ tot en met __ / __ / __

Deel 2 moet NIET worden ingevuld.

● Ongeval

Aard van het ongeval: ☐ Arbeids(weg)ongeval ☐ Ongeval in privéleven

Datum, uur en plaats van het ongeval: __ / __ / __ om te

Gedetailleerde omschrijving van het ongeval:

Letsels:

Gerechtigde overheid die het proces-verbaal opstelde, eventueel PV-nummer:

Naam en adres van de eventuele aansprakelijke, zijn verzekeraar en polisnummer:

Kan u genieten van andere soortgelijke verzekering(en)? ☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke verzekeraars, polissen, bedragen?

Informatie betreffende de gegevensbescherming

In haar hoedanigheid van Verwerkingsverantwoordelijke, zal P&V Verzekeringen cv, met maatschappelijke zetel te 1210 Brussel, Koningsstraat 151, de persoonsgegevens die nodig zijn voor de opmaak, het beheer van de polis en de behandeling van een schadegeval verzamelen en verwerken. Deze gegevens worden met de grootste discretie en enkel door personen die daartoe gemachtigd zijn, verwerkt.

Deze gegevensverwerking gebeurt overeenkomstig de geldende regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer en in het bijzonder de Verordening (EU) Nr. 2016/679 van 27 april 2016 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens en betreffende het vrije verkeer van die gegevens en tot intrekking van Richtlijn 95/46/EG (AVG).

Voor de verwerking van uw gezondheidsgegevens vragen wij uw expliciete toestemming. U kunt deze toestemming op elk moment intrekken. In dat geval verklaart u zich op de hoogte dat P&V in de onmogelijkheid kan verkeren om gevolg te geven aan elke aanvraag die de verwerking van gezondheidsgegevens veronderstelt.

Meer informatie omtrent de gegevensverwerking vindt u in de algemene voorwaarden van uw groepsverzekering. Ons algemeen privacybeleid kan u consulteren op www.vivium.be/privacy.

Eventuele klachten kunnen worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit, Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, authority@apd-gba.be.

Informatie betreffende de begeleiding bij het herstelproces voor werknemers met een groepsverzekering

Het hervatten van uw activiteiten kan uitdagend zijn. Extra ondersteuning door een onafhankelijke externe expert kan uw herstel en terugkeer naar het werk bevorderen. Vivium werkt samen met gespecialiseerde partners voor dergelijke begeleidingstrajecten. Op basis van uw dossier beoordelen wij of u hiervoor in aanmerking komt en brengen wij u in contact met een externe partner die u telefonisch zal contacteren om meer uitleg te geven bij de persoonlijke begeleiding tijdens uw herstel. Dit kosteloze en vrijblijvende aanbod richt zich vooral op stressgerelateerde aandoeningen zoals burn-out.

Meer informatie vindt u terug op <https://mijngroepsverzekering.vivium.be/nl/begeleidingstraject>.

Door dit document te ondertekenen, aanvaardt u voor uzelf en voor de personen die u vertegenwoordigen dat P&V Verzekeringen cv uw gezondheidsgegevens verwerkt. U moet alle betrokken personen hiervan op de hoogte brengen. Deze verwerking is noodzakelijk om de risico's te beoordelen en voor het beheer van de contracten en de hieraan gerelateerde schadegevallen.

Opgemaakt te , op __ / __ / __

Handtekening van de verzekerde,

Aangifte van ziekte / ongeval / zwangerschap / bevalling - DEEL 2

Geneeskundig getuigschrift (in te vullen door de arts)

(Deel 2 is NIET vereist bij een zwangerschap of bevalling zonder complicaties)

Persoon voor wie de aangifte gebeurt

Naam en voornaam:

● Diagnose in geval van ziekte / zwangerschap met complicaties

Diagnose (precies en volledig):

Is een heelkundig ingrijpen noodzakelijk?

☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke?

Lijdt of leed de betrokkene vroeger aan ziekten, handicaps of kwalen die rechtstreeks of onrechtstreeks tot de huidige toestand hebben kunnen bijdragen of die de genezing zouden kunnen bemoeilijken?

☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke?

● Diagnose in geval van ongeval

Gedetailleerde beschrijving van de letsels:

Staan de letsels volgens u in oorzakelijk verband met het ongeval?

☐ Neen ☐ Ja

Is een heelkundig ingrijpen nodig?

☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke?

Lijdt of leed de betrokkene vroeger aan ziekten, handicaps of kwalen die rechtstreeks of onrechtstreeks tot de huidige toestand hebben kunnen bijdragen of die de genezing zouden kunnen bemoeilijken?

☐ Neen ☐ Ja Zo ja, welke?

Arbeidsongeschiktheid

Ingangsdatum van de arbeidsongeschiktheid __/__/____

Vermoedelijke duur van de arbeidsongeschiktheid:

Momenteel geattesteerde periode van arbeidsongeschiktheid:

- volledig van __/__/____ t/m __/__/____

- gedeeltelijk van __/__/____ t/m __/__/____ - voor ____%

Op welke datum acht u de betrokkene in staat zijn werkzaamheden te hervatten? __/__/____

Indien reeds werkhervatting, datum __/__/____

Hospitalisatie

Naam en adres ziekenhuis:

Reden van opname:

Datum opname __/__/____ Datum ontslag __/__/____

Opgesteld te _____ op __/__/____

Handtekening behandelende arts + stempel,