

## Déclaration de maladie / d'accident / de grossesse / d'accouchement

Numéro de police \_\_\_\_\_

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

### Assuré

Nom/Prénom de la personne assurée : \_\_\_\_\_

Sexe : ☐ Masculin ☐ Féminin Date de naissance \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Numéro de Registre National \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

N° compte du bénéficiaire IBAN \_\_\_\_\_ BIC \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ Numéro : \_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone / GSM : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Profession : \_\_\_\_\_

Statut : ☐ Indépendant(e) ☐ Salarié(e) 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 de repos d'accouchement du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ inclus Date de l'accouchement \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Accident

Nature de l'accident : ☐ Accident du travail ☐ Accident de la route ☐ 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, quelles compagnies, quelles polices, pour quels montants ? \_\_\_\_\_

## 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, quelles compagnies, quelles polices, pour quels montants ?

---

---

---

## Déclarations générales

### Protection des données

Dans le cadre de la gestion de votre assurance, P&V Assurances SCRL, dont le siège social se situe à 1210 Bruxelles, rue Royale 151, collecte et traite les données relatives à la santé et cela, en sa qualité de responsable du traitement. Ces données sont traitées avec la plus grande discrétion et uniquement par les personnes habilitées à le faire.

La collecte et le traitement de ces données relatives à la santé sont effectués conformément à la législation en vigueur concernant la protection de la vie privée et, plus particulièrement, conformément au règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données personnelles et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE (RGPD).

La collecte de données relatives à la santé requiert votre consentement explicite. Vous pouvez retirer votre consentement à tout moment. Le cas échéant, vous déclarez être informé que P&V Assurances SCRL 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 relatives au Règlement général sur la protection des données (RGPD) dans les conditions générales de votre assurance de groupe. Vous pouvez consulter la politique relative à la protection de la vie privée de P&V Assurances SCRL sur [www.vivium.be/privacy](http://www.vivium.be/privacy).

Les réclamations éventuelles peuvent être déposées auprès de l'Autorité de protection des données (anciennement dénommée Commission vie privée), rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles [commission@privacycommission.be](mailto:commission@privacycommission.be).

**En signant ce document, vous acceptez pour vous-même et pour les personnes que vous représentez ou qui vous représentent que P&V Assurances SCRL 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,

## Certificat médical

A remplir par le médecin sauf en cas de grossesse ou d'accouchement (sauf en cas de complications).

Nom de la personne pour laquelle 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 d'une affection ayant pu contribuer directement ou indirectement à son état actuel ou qui pourraient compliquer la guérison ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, desquels ? .....

#### *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 victime 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, desquels ? .....

### 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 totale du \_\_/\_\_/\_\_\_\_ au \_\_/\_\_/\_\_\_\_ inclus

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 \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Hospitalisation

Nom et adresse de l'hôpital :

Motif d'admission :

Date d'admission \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Date de sortie \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Fait à \_\_\_\_\_ le \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Signature du médecin traitant + cachet,