



ASSURANCES

- Assurance de groupe
- Assurance hospitalisation
- Assurance revenu garanti
- Assurance complémentaire A.C.R.I. – A.C.R.A.

N° contrat :

Demande d'intervention

A compléter par le preneur, l'assuré, le bénéficiaire décès ou son représentant légal, et à adresser à P&V Assurances, 151 rue Royale à 1210 Bruxelles

Renseignements généraux à fournir dans tous les cas

Nom et prénom de l'assuré :

Date de naissance : __ / __ / ____

N° du registre national : Profession :

Adresse :

Numéro de compte bancaire du bénéficiaire : IBAN _____ BIC _____

L'assuré est-il couvert, pour des garanties de même nature, par un autre contrat d'assurance privé ou par une assurance ou service complémentaire de sa mutualité ?
oui non

Si oui: Auprès de quelle organisme : N° du contrat :

Nature des garanties : Date d'effet du contrat : __ / __ / ____

Renseignements à fournir uniquement en cas d'accident

Date et heure de l'accident : __ / __ / ____

Lieu, causes et circonstances :

La responsabilité d'un tiers pourrait-elle être engagée ?
oui non

Dans l'affirmative, veuillez mentionner l'identité et l'adresse de l'adversaire éventuel :

Y a-t-il eu constat par les autorités ?
oui non

Dans l'affirmative, par qui ? N° P.V. :

Au moment de l'accident, l'assuré était-il au travail ou sur le chemin du travail ?
oui non

Dans l'affirmative, veuillez mentionner l'identité et l'adresse de l'employeur :

Compagnie qui l'assure en "Accidents du Travail" : N° du contrat :

Informations à fournir uniquement en cas d'accouchement

Dans ce cas, le verso du formulaire (constat médical) ne doit pas être complété par un médecin.

L'enfant doit-il être assuré ? oui non

Dans l'affirmative : Nom et prénom de l'enfant :

Date de naissance : __ / __ / ____

Sexe : masculin féminin

Les données à caractère personnel seront enregistrées dans le fichier client P&V. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurances. La loi du 08.12.1992 pour la protection de la vie privée, accorde un droit d'accès et de rectification des données ainsi que la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie privée, sous les numéros d'identification 000115311, 000115509 et 000115707. En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou du dossier sinistre, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données à caractère personnel, y compris celles relatives à la santé, me concernant.

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la Compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. Pour les assurances non vie, P&V Assurances pourra, le cas échéant, communiquer au GIE Datassur des données à caractères personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité à le droit d'obtenir communication et, le cas échéant, rectification des données la concernant auprès de Datassur. Pour exercer ce droit, la personne concernée adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, 29 Square de Meeûs à 1000 Bruxelles.

Fait à le __ / __ / ____

Signature du preneur, de l'assuré, du bénéficiaire décès ou de son représentant légal.

Constat médical

A compléter par le médecin et à adresser, sous pli scellé, au conseiller médical de P&V Assurances, 151 rue Royale à 1210 Bruxelles.

Renseignements généraux à fournir dans tous les cas

Nom et prénom de l'assuré : _____

Depuis quand traitez-vous l'assuré pour cet accident ou cette maladie ? __ / __ / ____

En cas d'hospitalisation : a) date du début de l'hospitalisation : __ / __ / ____

b) intervention chirurgicale envisagée (code médical) : _____

Informations à fournir uniquement en cas d'accident

Date de survenance de l'accident : __ / __ / ____

Lésions (nature, localisation, degré de gravité, etc.) : _____

Incidences éventuelles sur d'autres organes ou fonctions : _____

Infirmité ou affection, antérieure à l'accident (nature et époque de survenance) :

- ayant une influence sur la gravité ou l'évolution des lésions : _____ depuis : __ / __ / ____

- sans influence sur la gravité ou l'évolution des lésions : _____ depuis : __ / __ / ____

Informations à fournir uniquement en cas de maladie

Nature de l'affection actuelle : _____

Date du constat des premières manifestations : __ / __ / ____

Date d'apparition de ces premières manifestations : __ / __ / ____

Date du début de l'affection : __ / __ / ____

Infirmité ou affection antérieure ayant pu prédisposer à la maladie actuelle (nature et époque de survenance) : _____

_____ depuis : __ / __ / ____

Identité et adresse du (des) médecin(s) ayant traité l'assuré :

- pour l'affection actuelle : _____

- pour l'affection ou l'infirmité prédisposante : _____

Informations à fournir uniquement pour l'assurance "revenu garanti" ou "A.C.R.I."

Date exacte de début d'incapacité de travail : __ / __ / ____

Taux actuel de l'incapacité de travail : _____ %

Durée probable de l'incapacité de travail (à partir de la date mentionnée ci-dessus) : _____

Informations à fournir uniquement pour l'assurance "A.C.R.A."

Date exacte de l'entrée en incapacité de travail totale et permanente : __ / __ / ____

Date du décès : __ / __ / ____

Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la Compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal.

Fait à _____ le __ / __ / ____

Signature et cachet du médecin,