

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 Vivium)
<input type="radio"/> Individuele polis nr. _____ <input type="radio"/> Groepsverzekering nr. 530/_____/_____/_____	Schadenummer: _____ Onze referte: _____
Verzekerde	
Naam: _____ Voornaam: _____ Geslacht: <input type="radio"/> Man <input type="radio"/> Vrouw Geboortedatum __/__/_____ Straat: _____ Nummer: _____ Bus: _____ Postcode: _____ Woonplaats: _____ Telefoonnummer/gsm: _____ E-mail*: _____ Statuut: <input type="radio"/> Zelfstandige <input type="radio"/> Loontrekkende - Naam werkgever: _____ Beroep: _____ Taakomschrijving: _____ Rekeningnummer verzekerde: IBAN _____ BIC _____	
Enkel in te vullen indien het gaat over een individuele polis Rekeningnummer verzekeringnemer: IBAN _____ BIC _____ E-mail verzekeringnemer*: _____	

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

<input checked="" type="radio"/> 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? <input type="radio"/> Neen <input type="radio"/> Ja Zo ja, welke? _____ _____ _____
Kan u genieten van andere soortgelijke verzekering(en)? <input type="radio"/> Neen <input type="radio"/> Ja Zo ja, welke verzekeraars, polissen, bedragen? _____ _____ _____
<input type="radio"/> Zwangerschap en bevalling
Vermoedelijke datum van bevalling __/__/_____ Zijn er complicaties? <input type="radio"/> Neen <input type="radio"/> 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

Omdat het hernemen van uw activiteiten niet altijd eenvoudig is, kan een bijkomende ondersteuning van een onafhankelijke externe expert uw herstelproces en terugkeer naar het werk gunstig beïnvloeden. Vivium werkt hiervoor samen met verschillende partners die gespecialiseerd zijn in dergelijke begeleidingstrajecten.

Op basis van de elementen in uw dossier, oordeelt Vivium of u hiervoor in aanmerking komt. Vivium brengt u dan in contact met één van deze externe partners die u via een individuele en gepersonaliseerde begeleiding bijstaan tijdens uw herstel. Dit aanbod is gratis en volledig vrijblijvend en focust vooral op stressgerelateerde aandoeningen zoals burn-out. Indien u hieronder uw toestemming geeft om uw contactgegevens te delen met deze partner, zal u eerst telefonisch gecontacteerd worden en vervolgens kan u in alle vrijheid beslissen of u van deze extra begeleiding gebruik wenst te maken.

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

Ja, u mag mijn contactgegevens doorgeven aan een externe onafhankelijke expert. Ik heb op elk moment het recht om de begeleiding stop te zetten. De externe partners garanderen strikte vertrouwelijkheid en respect voor het beroepsgeheim.

Neen, mijn contactgegevens dienen niet doorgegeven te worden.

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,