

## Aangifte van ziekte / ongeval / zwangerschap / bevalling

Polisnummer \_\_\_\_\_

Dit formulier moet, zo snel mogelijk, ingevuld en ondertekend teruggestuurd worden naar de maatschappij (binnen de termijn voorzien in de Algemene Voorwaarden). Bij ongevallen met dodelijke afloop, de maatschappij onmiddellijk verwittigen a.u.b.

### Verzekerde

Naam en voornaam verzekerde persoon : \_\_\_\_\_

Geslacht :  Man  Vrouw      Geboortedatum \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Rijksregisternummer \_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Rekeningnr begunstigde IBAN \_\_\_\_\_      BIC \_\_\_\_\_

Straat : \_\_\_\_\_      Nummer : \_\_\_\_\_      Bus : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_      Woonplaats : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer/ GSM : \_\_\_\_\_      E-mail : \_\_\_\_\_

Beroep : \_\_\_\_\_

Statuut:  Zelfstandige  Werknemer      Naam en adres werkgever : \_\_\_\_\_

Taakomschrijving : \_\_\_\_\_

### Zwangerschap en bevalling

Vermoedelijke datum van bevalling \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Zijn er complicaties?  Neen  Ja

Zo ja, gedetailleerde omschrijving : \_\_\_\_\_

Periode moederschapsrust van \_\_/\_\_/\_\_\_\_ tot en met \_\_/\_\_/\_\_\_\_      Datum bevalling \_\_/\_\_/\_\_\_\_

### Ongeval

Aard van het ongeval:  Arbeidsongeval  Verkeersongeval  Ongeval in privé-leven

Datum, uur en plaats van het ongeval \_\_/\_\_/\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_,te \_\_\_\_\_

Gedetailleerde omschrijving van het ongeval : \_\_\_\_\_

Letsels : \_\_\_\_\_

Gerechtelijke overheid die het proces-verbaal (PV) opstelde, eventueel PV-nummer : \_\_\_\_\_

Naam en adres van de eventuele aansprakelijke, zijn verzekeringsmaatschappij en polisnummer : \_\_\_\_\_

Kan u genieten van andere soortgelijke verzekering(en) ?  Neen  Ja      Zo ja, welke maatschappijen, polissen, welke bedragen? \_\_\_\_\_

## 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 maatschappijen, polissen, welke bedragen?

## Algemene verklaringen

### Gegevensbescherming

In het kader van het beheer van uw verzekering verzamelt en verwerkt P&V Verzekeringen CVBA, met maatschappelijke zetel te 1210 Brussel, Koningsstraat 151, gezondheidsgegevens en dit in haar hoedanigheid van verantwoordelijke voor de verwerking. Deze gegevens worden met de grootste discretie en enkel door personen die daartoe gemachtigd zijn, verwerkt.

Het verzamelen en verwerken van deze gezondheidsgegevens gebeurt overeenkomstig de geldende regelgeving inzake de persoonlijke levenssfeer en in het bijzonder conform 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).

Het verzamelen van gezondheidsgegevens vereist uw expliciete toestemming. U kunt deze toestemming op elk moment intrekken. In dat geval verklaart U zich op de hoogte dat P&V Verzekeringen CVBA in de onmogelijkheid kan verkeren om een gevolg te geven aan elke aanvraag die de verwerking van gezondheidsgegevens veronderstelt.

Meer informatie met betrekking tot de Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG) vindt u in de algemene voorwaarden van uw groepsverzekering. Het beleid van P&V Verzekeringen CVBA betreffende de bescherming van het privéleven kan u consulteren op [www.vivium.be/privacy](http://www.vivium.be/privacy).

Eventuele klachten kunnen worden ingediend bij de Gegevensbeschermingsautoriteit (vroeger de Privacycommissie genoemd), Drukpersstraat 35, 1000 Brussel, [commission@privacycommission.be](mailto:commission@privacycommission.be).

**Door dit document te ondertekenen, aanvaardt u voor uzelf en voor de personen die u vertegenwoordigt of die u vertegenwoordigen dat P&V Verzekeringen CVBA 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,

## Geneeskundig getuigschrift

In te vullen door de geneesheer behalve bij zwangerschap of bevalling (tenzij bij complicaties)

Naam van de persoon voor wie de aangifte gebeurt : .....

### Diagnose

#### *In geval van ziekte/ complicaties zwangerschap*

Diagnose (precies en volledig) : .....

Is een heelkundig ingrijpen noodzakelijk?  Neen  Ja Zo ja, welke? .....

Lijdt of leed het slachtoffer 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? .....

#### *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 het slachtoffer 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? .....

## Invaliditeit/Arbeidsongeschiktheid

Ingangsdatum van de invaliditeit/arbeidsongeschiktheid \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Vermoedelijke duur van de invaliditeit/arbeidsongeschiktheid :

De arbeidsongeschiktheid was volledig van \_\_/\_\_/\_\_\_\_ t/m \_\_/\_\_/\_\_\_\_

De arbeidsongeschiktheid was gedeeltelijk van \_\_/\_\_/\_\_\_\_ t/m \_\_/\_\_/\_\_\_\_, voor \_\_%

van \_\_/\_\_/\_\_\_\_ t/m \_\_/\_\_/\_\_\_\_, voor \_\_%

van \_\_/\_\_/\_\_\_\_ t/m \_\_/\_\_/\_\_\_\_, voor \_\_%

Op welke datum acht u de betrokkene in staat zijn werkzaamheden te hervatten? \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Indien reeds werkherhvatting, datum \_\_/\_\_/\_\_\_\_

## Hospitalisatie

Naam en adres ziekenhuis :

Reden van opname :

Datum opname \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Datum ontslag \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Opgesteld te \_\_\_\_\_ op \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Handtekening behandelende geneesheer + stempel,