VIVIUM

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.

Op te sturen naar:
VIVIUM
t.a.v. Raadsgeneesheer - HP 0190
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen

Verzekerde

Naam en voornaam verzekerde persoon ⌊_____⌋

Geslacht ❑ Man ❑ Vrouw

Geboortedatum ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

Rekeningnummer begunstigde ⌊____⌋-⌊_____⌋-⌊____⌋

Adres verzekerde

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 ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋ tot en met ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

Datum bevalling ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋

Ongeval

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

Datum, uur en plaats van het ongeval _____

Gedetailleerde omschrijving van het ongeval _____

Kwetsuren _____

Gerechtelijke overheid die het proces-verbaal (PV) opstelde, eventueel PV-nummer _____

Naam en adres van de eventuele verantwoordelijke, zijn verzekeringsmaatschappij en polisnummer _____

Ziekte

Algemeen

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 maatschappij, polissen, welke bedragen? _____

Algemene Verklaringen

Mededeling overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerkingvan persoongegeven. De gegevens die op u betrekking hebben, worden opgenomen in bestanden die gehouden worden om de verzekeringsovereenkomsten te kunnen opstellen, te beheren en uit te voeren. De verantwoordelijke voor de verwerking is VIVIUM N.V., Koningsstraat 153, 1210 Brussel.U kan van deze gegevens kennis nemen en ze indien nodig doen verbeteren. Indien u niet gecontacteerd wenst te worden in het kader van direct marketing, zullen uw gegevens op uw verzoek kosteloos uit de betrokken lijsten worden geschrapt. Verklaring overeenkomstig de Wet van 8 december 1992 ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegeven. Ondergetekende verklaart hierbij toestemming te verlenen aan VIVIUM N.V. om zijn/haar persoonsgegevens die de gezondheid betreffen, te verwerken. Deze verwerking is noodzakelijk voor het beheer van de verzekeringsovereenkomst en de afhandeling van het schadedossier.

Opgemaakt te _____ op ⌊__⌋⌊__⌋⌊____⌋ Handtekening verzekerde,

Maatschappelijke zetel
Koningsstraat 153, 1210 Brussel
TEL. +32(0)2 406 38 97 - FAX +32(0)2 406 38 98
E-MAIL: contact@vivium.be

Postadres - Zetel Antwerpen
Desguinlei 92, 2018 Antwerpen
TEL. +32(0)3 244 66 88 - FAX +32(0)3 244 66 87
www.vivium.be

ING 320-0002736-90
IBAN BE34 3200 0027 3690
BIC BBRUBEBB
RPR Brussel - BTW BE 0404.500.094

VIVIUM N.V., verzekeringsonderneming toegelaten door de CBFA onder codenummer 0051.
2556 10/07

VIVIUM

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? ____________________

Ingeval van ongeval

Gedetailleerde beschrijving van de letsels: ____________________

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

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 voor %

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 werkhervatting, datum

Hospitalisatie

Naam en adres ziekenhuis ____________________

Reden van opname ____________________

Datum opname Datum ontslag

Opgemaakt te ____________________ op Handtekening behandelend geneesheer + Stempel,