

Employeur

Sinistre n° du • • • • •

Vicime

Je soussigné

Nom Prénom

Rue n° boîte

Code postal Localité

agissant en qualité de

médecin consulté par la victime médecin-conseil de l'assureur

ayant examiné le • • • • le (la) dénommé(e)

Nom Prénom

Rue n° boîte

Code postal Localité

victime d'un accident de travail le • • • •

déclare

1. que l'accident a donné lieu à la (aux) période(s) d'incapacité temporaire de travail ci-après

L'incapacité de travail peut être totale ou partielle.

En cas d'incapacité temporaire partielle, mentionner les taux

2. que la victime a repris le travail le • • • •

3. que la victime est guérie depuis le • • • •

sans aucune séquelle

avec les séquelles suivantes, qui n'entraînent pas d'incapacité permanente de travail

Description des séquelles. Préciser si elles sont de nature à influencer un éventuel état antérieur

4. que la guérison a été acquise après l'octroi des appareils de prothèse ou d'orthopédie suivants, dont l'usage a été reconnu nécessaire

Indiquer la nature de l'appareil (lunettes, prothèses dentaires, etc.)

Date • • • •

Signature

Loi du 8 décembre 1992 sur la protection de la vie privée

• Vos données à caractère personnel seront enregistrées dans les fichiers de VIVIUM. Elles pourront être utilisées à des fins commerciales et à toute gestion relative aux contrats d'assurances IARD. Vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification des données ainsi que de la possibilité de consulter le registre public tenu auprès de la Commission de la Protection de la Vie Privée, sous le numéro d'identification 4.001.320.

• Dans un but de gestion rapide du dossier sinistre, les assurés donnent par la présente leur consentement spécial quant au traitement des données médicales les concernant.

DATASSUR

L'assuré donne par la présente son consentement à la communication par VIVIUM au GIE Datassur, des données à caractère personnel pertinentes dans le cadre exclusif de l'appréciation des risques et de la gestion des contrats et des sinistres y relatifs. Toute personne justifiant de son identité a le droit d'obtenir auprès de Datassur communication et, le cas échéant, rectification des données le concernant. Pour exercer ce droit, la personne adresse une demande datée et signée accompagnée d'une copie de sa carte d'identité à l'adresse suivante : Datassur, Service « fichiers », 29 square de Meeûs à 1000 Bruxelles.