



## Déclaration de sinistre

Cette déclaration comporte trois parties :

1

Une « **Déclaration de sinistre** »  
à remplir vous-même

2

Une « **Attestation médicale** »  
à faire remplir par votre médecin

3

... qui devra y joindre le **rapport anatomopathologique**.

Une fois ces deux parties complétées, voici comment faire :

1. **Scannez** cette déclaration de sinistre, l'attestation du médecin et le rapport anatomopathologique
2. Rendez-vous sur [www.vivay.be/contactez-nous](http://www.vivay.be/contactez-nous)
3. Remplissez le **formulaire de contact en ligne** en indiquant que votre déclaration de sinistre contient des informations médicales
4. Joignez votre déclaration de sinistre, l'attestation médicale et le rapport anatomopathologique scannés. Les documents contenant des infos médicales seront directement envoyées au médecin conseil d'AG Insurance.

>> Recevez un mail de confirmation de notre part dès que tout aura été envoyé.



### Un problème technique lors de l'envoi de votre déclaration ?

Contactez-nous au +32 (0)2 664 70 60 du lundi au vendredi de 8 à 18 heures.  
Ou envoyez un mail à [medical@vivay.be](mailto:medical@vivay.be)

### Partie à **remplir vous-même** :

Nom : ..... Prénom : .....

Votre adresse : ..... n° : ..... Bte : .....

Code postal : ..... Localité : .....

Le numéro de votre contrat d'Assurance Femina : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Votre numéro de compte bancaire (IBAN) : .....

**Date et signature :**

..... / ..... / .....

VIVAY est une marque commerciale d'AG Insurance ([www.vivay.be](http://www.vivay.be)).

AG Insurance SA – Bd Emile Jacqmain 53, 1000 Bruxelles – RPR Bruxelles – TVA BE 0404.494.849 – [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be) – Tel. +32(0)2 664 81 11 Entreprise belge d'assurance agréée sous code 0079, sous le contrôle de la Banque nationale de Belgique, Bd de Berlaimont 14, 1000 Bruxelles. Tous les contrats d'assurance sont soumis au droit belge. DR0003F – 05/10/2018 4/4



## Clause Privacy

Les données à caractère personnel recueillies au moyen de ce document sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG Insurance sur le site web [www.aginsurance.be](http://www.aginsurance.be).

Ces données à caractère personnel sont traitées pour l'exécution et pour la liquidation du contrat lié au présent document ainsi que pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance.

**La personne concernée peut exercer ses droits relatifs au traitement de ces données au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de sa carte d'identité à envoyer par courrier à AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be). Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.**



## Attestation médicale à remplir par le médecin traitant

À compléter et à envoyer au médecin-conseil d'AG Insurance (voir page précédente).

### Coordonnées de l'assuré :

Prénom : ..... Nom : .....

Date de naissance : ..... / ..... / .....

### Données médicales :

#### De quel type de tumeurs s'agit-il?

Mammae, indiquez...  Droite ou  Gauche

Ovaria, indiquez...  Droite ou  Gauche

Tubae, indiquez...  Droite ou  Gauche

Corpus uteri

Cervix uteri

Vagin

Vulva

Classification TNM FIGO : .....

Grade : .....

Depuis dans suivez-vous l'assurée pour cette maladie ? ..... / ..... / .....

Date de la première consultation ? ..... / ..... / .....

Date du diagnostic ? ..... / ..... / .....

#### L'assurée a-t-elle été suivie par un autre médecin précédemment pour cette maladie ?

oui,  
en date du ..... / ..... / .....  
pour (raison) .....  
par nom....., spécialisation .....  
et adresse de votre confrère .....

non



### Concernant le diagnostic actuel :

- Premier cancer
- Récidive d'une tumeur antérieure
- Métastase d'une tumeur antérieure

### En cas de récurrence ou de métastase :

Combien de temps après la fin des traitements de la tumeur primaire : .....

### Quel(s) traitement(s) est-il/ont-ils prévu(s) ?

- Opération, du type (nature) .....  
à la date du ..... / ..... / .....
- Chimiothérapie, du type (nature) .....  
à partir du ..... / ..... / ..... et avec date fin prévue : ..... / ..... / .....
- Radiothérapie .....  
à partir du ..... / ..... / ..... et avec date fin prévue : ..... / ..... / .....
- Autre type de thérapie du type (nature) .....  
à partir du ..... / ..... / ..... et avec date fin prévue : ..... / ..... / .....

### L'assurée a-t-elle déjà été traitée pour une autre tumeur maligne ?

- Oui, pour une affection du type .....  
le .....
- Non



#### Important le rapport anatomopathologique :

Merci d'ajouter le **rapport anatomopathologique**. Ce document est indispensable pour le paiement du montant de l'assurance.

AG Insurance se réserve le droit de demander de plus amples informations médicales (telles que rapport d'admission, protocole des examens médicaux...).

**Date :**

..... / ..... / .....

**Signature :**

.....

**Cachet du médecin :**

.....