

# Formulaire de déclaration Incapacité de travail



Si vous êtes touché par une incapacité de travail, renvoyez immédiatement (dans les 30 jours) le présent formulaire complété et signé par votre médecin traitant à : ERGO Insurance sa, service Claims, à l'attention du médecin-conseil ou à «claims@ergo.be».

Numéro de police : \_\_\_\_\_

## 1. Données personnelles

### Preneur d'assurance (s'il n'est pas l'assuré)

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Rue et numéro : \_\_\_\_\_

Code postal et localité : \_\_\_\_\_

### Assuré

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F

Adresse officielle : \_\_\_\_\_

Tél./GSM : \_\_\_\_\_ E-mail\* \_\_\_\_\_

Numéro IBAN : \_\_\_\_\_ BIC code (uniquement pour les comptes étrangers) \_\_\_\_\_

Statut social :  Indépendant  Employé  Ouvrier  Fonctionnaire  Demandeur d'emploi  Autre: \_\_\_\_\_

(\*) L'adresse e-mail est demandée afin de communiquer au sujet des documents contractuels et de la gestion future du contrat.

## 2. Informations relatives à l'incapacité de travail (à faire compléter par le médecin traitant)

### 2.1. Généralités

Pourcentage d'incapacité de travail : Economique \_\_\_\_\_ % Physiologique \_\_\_\_\_ %

Début : \_\_\_\_\_

Date probable de la reprise du travail : \_\_\_\_\_

En fonction de la raison de l'incapacité de travail, complétez ci-dessous 2.2, 2.3 ou 2.4.

### 2.2. Incapacité de travail due à une maladie

Diagnostic : \_\_\_\_\_

Cause : \_\_\_\_\_

Date première apparition : \_\_\_\_\_

Nature du traitement : \_\_\_\_\_

Hospitalisation :  Oui  Non Si oui, période d'hospitalisation : \_\_\_\_\_

### 2.3. Incapacité de travail due à un accident

Nature de l'accident :  Privé  Travail  Circulation  sport (en qualité de membre d'un club)

Date de l'accident : \_\_\_\_\_

Nature des lésions : \_\_\_\_\_

Nature du traitement : \_\_\_\_\_

Le lieu, les causes et les circonstances de l'accident doivent être ajoutés à l'aide d'une annexe.

Un procès-verbal a-t-il été établi ? :  Oui  Non Si oui, établi par la police de la zone \_\_\_\_\_

N° de PV ou de notice : \_\_\_\_\_

Un tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? :  Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, nom et adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assureur : \_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_



## 2.4. Incapacité de travail due à une autre raison

Description et cause :  Privé  Travail  Circulation  Sport (en qualité de membre d'un club)

Nature du traitement : \_\_\_\_\_

## 3. Annexes à ajouter

- A. Le dernier avertissement-extrait de rôle ET la dernière fiche de salaire (uniquement en cas de rente)
- B. Les circonstances du sinistre subi
- C. Tous les rapports médicaux éventuels (p. ex. rapport d'hospitalisation, d'opération, d'évolution) relatifs à l'affection ou aux lésions subies
- D. Décompte de toutes les prestations médicales et médicaments remboursés par l'INAMI, y compris le tiers payeur, à partir d'un an avant le début de votre incapacité de travail jusqu'à présent (à demander à votre mutuelle)

### Déclaré véridique,

nom et signature de l'assuré

Date, signature et cachet du médecin

Je déclare avoir répondu sincèrement aux questions ci-dessus, sans dissimuler quoi que ce soit. J'autorise les médecins et les autres personnes contactées par l'entreprise d'assurances à communiquer confidentiellement à son service médical les renseignements demandés ayant trait au contrat d'assurance.

Vos données personnelles sont traitées par ERGO Insurance sa, Rue de Loxum 25 à 1000 Bruxelles ('ERGO'), à des fins de gestion des clients, de souscription et d'exécution des polices, de gestion de risques alourdis, de comptabilité et de facturation, et de réassurance.

ERGO attache une grande importance à la protection de la vie privée et met tout en œuvre pour protéger et pour traiter les données person-

nelles conformément aux dispositions légales relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Vous avez le droit de consulter toutes les données qui vous concernent et le cas échéant, de les faire modifier ou supprimer selon les conditions prévues par la loi sur la vie privée. Pour exercer ces droits, vous pouvez vous adresser à l'adresse e-mail suivante: [privacy@ergo.be](mailto:privacy@ergo.be).

J'autorise ERGO Insurance sa à traiter les données médicales qui me concernent à des fins de gestion et d'exécution des polices. De plus, je me déclare d'accord sur le fait que les données médicales qui me concernent seront traitées par le médecin-conseil et/ou le service Claims d'ERGO Insurance sa.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'assuré

Conformément à la réglementation européenne, GDPR, ERGO Insurance sa a mis à jour sa politique relative à la vie privée et au traitement des données personnelles, ses règles de confidentialité et ses clauses contractuelles. Notre déclaration Vie privée a été mise à jour et est disponible sur notre site internet. Ce nouveau cadre donne plus de transparence quant à nos finalités, les données que nous recueillons et leurs traitements. Vos données à caractère personnel seront aussi encore mieux protégées et gérées.

Nous vous rappelons que l'information et la mise à jour de vos données dépend des informations que vous nous fournissez. Nous vous invitons à revoir ou compléter vos données personnelles, accompagné d'une copie de votre carte d'identité et un certificat de résidence (vignette de la mutuelle ou copie d'une facture de télécommunication ou de votre fournisseur d'énergie). La communication de votre adresse email sera aussi d'un grand support à cet égard.