

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».

1. Données personnelles (à compléter par le preneur d'assurance)

Numéro de police :
 Nom/prénom de l'assuré :
 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

Déclaré véridique,

nom et signature du preneur d'assurance

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, boulevard Bischoffsheim, 1-8 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 Insurance sa attache une grande importance à la protection de la vie privée et met tout en oeuvre pour protéger et pour traiter les données personnelles conformément aux dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard

des traitements de données à caractère personnel (La loi sur la vie privée).

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.

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.