

# Formulaire de déclaration d'incapacité de travail

Si vous êtes en incapacité de travail, envoyez immédiatement (dans les 30 jours) ce formulaire dûment complété et signé, par l'intermédiaire de votre médecin, à : ERGO Insurance sa, service Claims à l'attention du médecin-conseil ou 'claims@ergo.be'.

Numéro de police :

## 1. Données personnelles

### 1.1 Preneur d'assurance (si ce n'est pas l'assuré)

Nom & prénom :   
 Rue et numéro :   
 Code postal et localité :

### 1.2 Assuré

Nom & prénom :   
 Date de naissance :  Sexe:  M  F  X  
 Adresse officielle :   
 Tél./GSM :  E-mail\*   
 Numéro IBAN :  Code BIC   
 IBAN au nom de (titulaire du compte) :   
 (Nom & prénom)  
 Statut social :  
 Indépendant :  Oui  Non  
 Employé :  Oui  Non  Si oui, veuillez compléter le point 1.4.  
 Ouvrier :  Oui  Non  Si oui, veuillez compléter le point 1.4.  
 Fonctionnaire :  Oui  Non  Si oui, veuillez compléter le point 1.4.  
 Demandeur d'emploi :  Oui  Non  Si oui, depuis   
 Pensionné :  Oui  Non  Si oui, depuis   
 Autre :

(\*) L'adresse e-mail est demandée pour communiquer le cadre de la gestion et de l'exécution du contrat.

### 1.3 Activité professionnelle de la personne en incapacité de travail

Veuillez décrire précisément votre activité professionnelle :

Heures de travail par jour/jours de travail par semaine avant l'incapacité de travail :

Quelle est la proportion (en %) :  
 - de travail manuel :  %  
 - de tâches administratives :  %

Qui effectue vos tâches administratives (comptabilité/facturation/prospection/devis) ?

Travaillez-vous avec des employés/ouvriers/associés :  Oui  Non Si oui, combien ?

Exercez-vous une profession complémentaire ?  Oui  Non

Si oui, précisez :

### 1.4 Données de votre employeur

Nom :

Nature du contrat de travail :  temps plein  temps partiel  intérimaire



### 1.5 Déclaration(s) auprès d'autres assureurs

Avez-vous déclaré votre incapacité de travail à un autre assureur (Fonds des maladies professionnelles, Fonds des accidents du travail, votre caisse d'assurance maladie, etc.) ?

Oui  Non Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Nom assureur 1 : \_\_\_\_\_

Rue et numéro : \_\_\_\_\_

Code postal et Localité : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

N° de police / références : \_\_\_\_\_

Nom assureur 2 : \_\_\_\_\_

Rue et numéro : \_\_\_\_\_

Code postal et Localité : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_

N° de police / références : \_\_\_\_\_

Avez-vous droit à une intervention financière de cet assureur ?

Assureur 1 :  Oui  Non

Assureur 2 :  Oui  Non

## 2. Informations concernant votre incapacité de travail

(A compléter par le médecin traitant)

### 2.1. Généralités

Date de début : \_\_\_\_\_

Pourcentage d'incapacité de travail

Économique du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %

Physiologique du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %

du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %

Date de reprise du travail : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ %

L'assuré a-t-il subi ou doit-il subir une intervention chirurgicale ?  Oui  Non

Si oui, nature de l'intervention : \_\_\_\_\_

Date (ou date prévue) de l'intervention : \_\_\_\_\_

Complétez ci-dessous en fonction de la raison de l'incapacité de travail 2.2, 2.3.

### 2.2. Incapacité de travail pour cause de maladie

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

Symptômes de l'affection : \_\_\_\_\_

Date d'apparition des premiers symptômes : \_\_\_\_\_

Date du premier traitement et/ou examen médical : \_\_\_\_\_

Examens réalisés

Date	Type	Conclusion
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Traitements mis en œuvre et/ou prévus :

Date	Description du traitement
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Existe-t-il un lien avec une maladie antérieure ou un accident antérieur ?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser (avec les dates) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

La personne assurée a-t-elle été traitée par d'autres médecins pour la maladie actuelle ?  Oui  Non

Si oui, précisez : Médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_  
Médecin : \_\_\_\_\_ Spécialité : \_\_\_\_\_

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  Professionnel  Circulation  Sport (en tant que membre d'un club)

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

Nature des lésions : \_\_\_\_\_

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

Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Causes de l'accident : \_\_\_\_\_

Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

Un procès-verbal a-t-il été établi ?

Oui  Non Si oui, établi par la police de la zone \_\_\_\_\_

N° de PV ou notice : \_\_\_\_\_

Un tiers peut-il être tenu pour responsable de l'accident ?

Oui  Non  Je ne sais pas

Si oui, nom et adresse :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'assureur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Numéro de police : \_\_\_\_\_

## 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 CNS, y compris le tiers payeur, à partir d'un an avant la souscription de la police jusqu'à ce jour.

E. Une copie recto/verso de la carte d'identité de l'assuré(e)

F. Une copie recto/verso de la carte bancaire de l'assuré(e)

**Par la présente, j'autorise explicitement mon courtier d'assurance à transmettre mes données médicales à ERGO Insurance.**

Nom et signature de l'assuré

\_\_\_\_\_

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 à caractère personnel sont traitées par ERGO Insurance sa, dont le siège social est établi Rue de Loxum 25, 1000 Bruxelles («ERGO»), en sa qualité de responsable de traitement, à des finalités de (i) élaboration de propositions d'assurance; (ii) la souscription et l'exécution de contrats d'assurance, y compris des évaluations de risques (pouvant donner lieu à une prise de décision automatisée) et des évaluations d'adéquation; (iii) le respect des obligations (pré-)contractuelles et des obligations découlant de la relation d'assurance; (iv) la gestion des sinistres et la couverture des dommages dans le cadre de l'exécution du contrat d'assurance; (v) réclamation auprès de tiers responsables d'un sinistre; (vi) d'éventuels litiges; (vii) la prévention, la détection et les enquêtes en matière de fraude à l'assurance et (viii) la réassurance.

Dépendant des finalités de traitement, ERGO s'appuie sur (i) la nécessité d'exécution du contrat d'assurance, (ii) la nécessité d'accomplir les obligations juridiques incombant à ERGO et (iii) les intérêts légitimes d'ERGO. Lorsque ERGO s'appuie sur des intérêts légitimes, cela inclut l'introduction, l'exécution ou la défense d'actions en justice, la prévention et la détection des fraudes, la poursuite d'activités et d'objectifs commerciaux ainsi que le maintien et le développement de notre relation avec vous.

Le refus de communiquer vos données personnelles à ERGO peut empêcher la conclusion et/ou la bonne exécution du contrat d'assurance.

Vos données personnelles peuvent être partagées au sein d'ERGO si

nécessaire dans le cadre de l'exécution des activités de l'entreprise. En outre, ERGO peut communiquer vos données personnelles à ses sous-traitants et prestataires de services.

ERGO utilise des procédures pour le traitement de vos données personnelles, éventuellement aussi pour des données médicales, qui permettent une prise de décision automatisée. Cette prise de décision automatisée peut avoir une influence sur la conclusion ou l'exécution d'accords (par exemple, la gestion de polices, la gestion des réclamations, etc.). À cet égard, vous avez toujours le droit d'obtenir une intervention humaine, de clarifier votre point de vue et de contester la prise de décision automatisée.

Vos données personnelles ne seront pas conservées plus longtemps que nécessaire aux fins pour lesquelles ERGO les traite. En outre, les lois et règlements applicables à ERGO fixent des délais minimaux pour le stockage de données à caractère personnel.

Vous avez le droit de demander l'accès à vos données personnelles, de les rectifier ou de les supprimer, au droit à la portabilité de vos données, de limiter le traitement de vos données personnelles ou de vous opposer à ce traitement. Vous avez le droit de vous opposer à tout moment au traitement de vos données personnelles à des fins de marketing direct. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès de l'autorité de surveillance.

Si vous souhaitez recevoir plus d'informations sur le traitement de vos données personnelles par ERGO ou si vous souhaitez exercer vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données d'ERGO à l'adresse [privacy@ergo.be](mailto:privacy@ergo.be). Pour plus d'informations sur le traitement des données personnelles, voir [www.ergo.lu](http://www.ergo.lu) sous la rubrique 'Informations Juridiques'.

Une version papier est disponible sur demande.

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, ac-

compagné d'une copie de votre carte d'identité et un certificat de résidence (copie d'une facture de télécommunication ou de votre fournisseur d'énergie).

#### Déclaré véridique,

Nom et signature de l'assuré
------------------------------

Date, signature et cachet du médecin
--------------------------------------

#### Données médicales

**Par la présente, je donne mon consentement explicite à ERGO de traiter mes données médicales** (ou le mineur dont je suis le représentant légal) pour les finalités susmentionnées. De plus, je confirme avoir le droit de retirer mon consentement à tout moment. Cela peut toutefois entraver la conclusion et / ou l'exécution du contrat d'assurance.

Nom et prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature pour accord

## Déclarations du preneur d'assurance pour CRS / FATCA (échange international d'informations fiscales)

À remplir obligatoirement si vous êtes contribuable dans un pays autre que la Belgique\* et/ou le Luxembourg\*\* !

\* si vous avez des contrats belges chez nous

\*\* si vous avez des contrats luxembourgeois chez nous

Veillez mentionner ci-dessous les pays concernés et le TIN correspondant, en précisant la période applicable.

Pays	TIN (Tax Identification Number)	de	Jusqu'à

### Attention :

- Si vous avez la nationalité américaine, vous êtes considéré comme contribuable américain, et vous devez par conséquent mentionner les États-Unis ci-dessus.
- Si vous êtes né sur le territoire américain, vous avez automatiquement la nationalité américaine.
- Si vous avez renoncé à la nationalité américaine, vous devez nous fournir une attestation le confirmant.
- Si vous ne connaissez par votre TIN, vous pouvez le demander auprès de l'administration fiscale du pays concerné (attention : tous les pays n'ont pas un TIN). Si vous tardez à obtenir votre TIN, veuillez au moins nous communiquer les autres informations le plus rapidement possible : pays de résidence fiscale + période de résidence éventuelle. Vous pourrez ensuite nous envoyer le TIN dès que vous l'obtiendrez.