

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 : _____ Code BIC (uniquement pour les comptes étrangers) : _____

IBAN au nom de (Nom et prénom) : _____

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 la souscription de la police jusqu'à ce jour (à demander à votre mutuelle)
- E Une copie recto/verso de la carte d'identité de l'assuré(e)

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 Lozum 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. Pour plus d'informations sur le traitement des données personnelles, voir www.ergo.be 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, 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).

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