

# 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 :





### 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**