

Déclaration d'incapacité de travail

Assurance de groupe [Health Care]

CONFIDENTIEL



Déclaration digitale rapide via MyAG Employee Benefits !

Vous pouvez désormais gérer votre dossier d'incapacité de travail entièrement en ligne via MyAG Employee Benefits, disponible sur smartphone et ordinateur.

Ainsi, vous n'avez plus besoin de remplir ce formulaire.

Transmettez facilement toutes vos informations via l'app ou sur votre ordinateur. Votre dossier sera immédiatement envoyé de manière digitale et traité plus rapidement.



Dans l'app ou sur votre ordinateur, vous pouvez également :

- Signaler une prolongation d'incapacité et une reprise de travail partielle ou complète en quelques clics ;
- Joindre directement tous vos documents tels que des certificats et attestations médicales ;
- Recevoir des confirmations de réception.

L'assuré fait-il sa déclaration en ligne via MyAG Employee Benefits ?

Alors, il doit simplement nous envoyer le formulaire « Certificat médical » [complété par le médecin traitant] ainsi que les certificats médicaux à partir de la date de début d'incapacité via MyAG Employee Benefits.

L'assuré fait-il sa déclaration par courrier ou par e-mail ?

Alors, il doit remplir ce formulaire « Déclaration d'incapacité de travail » et l'envoyer avec le formulaire « Certificat médical » [complété par le médecin traitant] ainsi que les certificats médicaux à partir de la date de début d'incapacité à AG, à l'attention du médecin-conseil.

[Facultatif] Numéro de groupe : et/ou numéro de contrat/autre référence :

À compléter dans tous les cas

Employeur :

Membre du personnel

Nom et prénom :

Date de naissance : / /

Rue, n° :

Code postal et localité :

Adresse e-mail privée :

Numéro de téléphone privé :

Profession :

N° de compte postal ou bancaire :

Nom du titulaire du compte :

N'oubliez pas de bien compléter le champ pour votre numéro de compte bancaire ainsi que de nous joindre une copie de votre carte de banque.

Quel est la date de début de l'incapacité de travail ? / /

Raison de l'incapacité de travail :

Quand les premiers symptômes ont-ils été observés ?

L'assuré est-il couvert, auprès d'AG ou d'une autre compagnie, par une police d'assurance qui propose les mêmes garanties ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, nom et adresse de la compagnie et numéro de contrat :

.....
.....
.....

Le membre du personnel bénéficiait-il d'une garantie Rente d'invalidité auprès de son précédent employeur ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, transmettez-nous l'attestation indiquant la période d'affiliation et les garanties de l'assureur précédent.

À compléter en cas d'hospitalisation

Période d'hospitalisation :

Nature de la maladie et/ou des blessures :

.....
.....

Éventuelle intervention chirurgicale

À compléter en cas d'accident

Nature de l'accident : ☐ Privé ☐ Route ☐ Sport
☐ Travail ☐ École ☐ Autre :

Date et heure de l'accident : le / / à heures ☐ du matin ☐ de l'après-midi

Récit des faits :

.....
.....
.....
.....

Un procès-verbal a-t-il été établi ?

Dans ce cas, n'hésitez pas à nous le transmettre également.

En tant que responsable du traitement, AG traite vos données à caractère personnel aux fins spécifiées dans les conditions générales (règlement de pension si pension complémentaire sectorielle), et notamment en vue de l'exécution des avantages complémentaires qui vous sont octroyés par votre employeur ou votre secteur (pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle), dont il a confié la gestion à AG. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales (règlement de pension en cas de pension complémentaire sectorielle) et notre Notice Vie Privée sur www.ag.be.

Traitement des données à caractère personnel des catégories spéciales

- Je, soussigné(e), consens expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG et par mes mandataires dans le cadre du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques.
- Je, soussigné(e), consens expressément au traitement de mes données à caractère personnel concernant mes condamnations pénales et infractions criminelles par AG et par mes mandataires dans le cadre du traitement du sinistre.



AG est responsable du traitement de ces données et, à ce titre, s'engage à respecter les obligations découlant de la législation applicable relative à la protection de la vie privée.

J'ai été informé(e) de mon droit de retirer mon consentement à tout moment. Je reconnais que dans ces cas, AG sera dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

Je confirme que les réponses ci-dessus sont complètes et véridiques.

Établi à le / /

Signature de l'assuré :