

Incapacité de travail - Invalidité

Déclaration médicale

CONFIDENTIEL



Vous êtes en situation d'incapacité de travail, d'invalidité ou de maladie grave. Nous vous souhaitons d'ores et déjà un prompt rétablissement. Pour que nous puissions vous aider au mieux, nous vous invitons à compléter cette déclaration dans les meilleurs délais.

1] Vos données personnelles (celles de la personne assurée)

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

N° de Registre national :

N° de GSM : N° de tél. :

Adresse e-mail :

Adresse postale : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

Statut professionnel

Salarié Indépendant Ouvrier Autre [précisez] :

Métier exercé :

Pouvez-vous décrire brièvement les tâches quotidiennes effectuées ? :

Employeur :

Adresse e-mail :

Adresse postale : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

N° de contrat de l'assurance :

2] Vos préférences de communication

Vous préférez qu'AG Insurance vous contacte :

par téléphone : entre 8h00 et 12h00 entre 12h00 et 14h00 entre 14h00 et 17h00

par e-mail par courrier autre [précisez] :

3] Votre situation actuelle (celle de la personne assurée)

Votre certificat médical

Références du médecin qui a établi le certificat médical :

Nom : Prénom : N° de tél. :

Le certificat médical a été fait le / /20..... **Veuillez joindre le certificat médical à cette déclaration.**

Si vous ne pouvez pas travailler en raison d'un problème lié à une GROSSESSE

Si vous n'avez pas encore accouché, quand l'accouchement est-il prévu ?

Date : / /20.....

Si vous avez déjà accouché, quand l'accouchement a-t-il eu lieu ?

Date : / /20.....

A quelle date débute votre congé de maternité ?

Date : / /20.....

Si vous ne pouvez pas travailler en raison d'un ACCIDENT

Il s'agit d'un accident :

de travail de la vie privée dû à la pratique d'un sport [quel sport ?] :

de la circulation, en tant que :

conducteur passager piéton cycliste autre [précisez] :

Date et heure de l'accident : le / /20..... à h.....

Lieu de l'accident :

Une personne était-elle présente lors de cet accident ?

Non Oui

Si oui, était-elle : impliquée témoin

Un procès-verbal de police a-t-il été établi ?

Non Oui, n° du PV :

Quelles sont, en résumé, les circonstances et les causes de l'accident ?

Vous pouvez joindre à cette déclaration des photos, un croquis et/ou tout autre élément qui nous permettront de mieux comprendre ce qu'il s'est passé.

.....
.....

Souhaitez-vous ajouter quelque chose ?

.....

Si vous ne pouvez pas travailler en raison d'une MALADIE

Les premiers symptômes de la maladie ont été constatés pour la première fois le / /20.....

Le médecin a établi un premier diagnostic le / /20.....

Avez-vous déjà souffert de cette maladie auparavant ? Non Oui Si oui, le / /20.....

4] Votre indemnisation [celle de la personne assurée]

Sur quel compte devons-nous verser l'indemnité ?

IBAN : BIC :

Compte ouvert au nom de :

5] Si cette déclaration a été remplie par un tiers [autre que la personne assurée]

Veuillez nous communiquer vos données personnelles ci-dessous.

Monsieur Madame

Nom : Prénom :

N° de GSM : N° de tél. :

Adresse e-mail :

Adresse postale : N° : Bte :

Code postal : Localité : Pays :

Votre lien avec la personne assurée conjoint partenaire parent ami
 autre [précisez] :

6] Validation

Le/La soussigné(e) confirme qu'il/elle a répondu aux questions de manière complète et sincère.

Les données à caractère personnel recueillies dans ce document sont traitées par AG Insurance SA, ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG Insurance sur le site web www.aginsurance.be.

Ces données sont traitées dans le cadre de la présente demande et de l'exécution du contrat lié au présent document ainsi que pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG Insurance.

Vous pouvez exercer vos droits relatifs au traitement de ces données en envoyant une demande datée et signée accompagnée d'une photocopie recto verso de votre carte d'identité :

- par courrier à AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 ;
- ou par e-mail à AG_DPO@aginsurance.be.

Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Fait à le / /20.....

Signature :

Que devez-vous faire ensuite ?

Envoyez-nous cette déclaration complétée :

- soit par e-mail, scannée ou photographiée, à l'adresse claims@aginsurance.be
- soit par courrier postal à AG Insurance - Claims 1JQ3A - Boulevard Emile Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles

Nous vous invitons à garder une copie de cette déclaration pour toute référence future.

Faites remplir le questionnaire médical par votre médecin :

- Téléchargez le questionnaire sur notre site web (sur la même page que cette déclaration) et imprimez-le,
- Faites-le remplir par votre médecin et envoyez-le-nous :
 - soit par e-mail, scanné ou photographié, à l'adresse claims@aginsurance.be
 - soit par courrier postal à AG Insurance - Claims 1JQ3A - Boulevard Emile Jacqmain, 53 - 1000 Bruxelles

Dès réception de votre déclaration et de votre questionnaire médical, nous traiterons votre demande et vous recontacterons via le moyen de communication que vous avez choisi.

Des questions ?

Nous restons à votre disposition pour tout complément d'information.

Un collaborateur d'AG Insurance peut vous aider à remplir ce document entre 8h00 et 17h00 au 02/664 90 75.

Nous vous remercions pour votre confiance. Vous pouvez toujours compter sur nous.

AG Insurance

