

A remplir par l'employeur et à envoyer à l'assuré.

Déclaration en cas d'incapacité de travail

Entreprise :							
N° de l'assurance de groupe : BCVR :							
Nom et prénom de l'assuré :							
Adresse : Rue						N° :	
Code postal :				Localité :			
Date de naissance :			N° matricule :		N° Registre National :		
Langue :		<input type="checkbox"/> Néerlandais	<input type="checkbox"/> Français	Sexe :		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme
Catégorie :		<input type="checkbox"/> Ouvrier	<input type="checkbox"/> Employé	<input type="checkbox"/> Cadre	<input type="checkbox"/> Directeur	<input type="checkbox"/> Indépendant	
Description détaillée de l'activité professionnelle :							
Date d'entrée en service dans l'entreprise :				Régime de travail :		%	
Salaire brut mensuel :		euros		Temps de crédit :		% de à	
Démissionnaire avec effet au :							
Durée du préavis			Indemnité de préavis :		<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non	
L'incapacité de travail est motivée par :				<input type="checkbox"/> accouchement	<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident	
S'agit-il d'un accident de travail :				<input type="checkbox"/> oui		<input type="checkbox"/> non	
Date du 1er jour d'absence de l'assuré :							
L'assuré a repris le travail :		/ /20		à temps plein			
		/ /20		à temps partiel à %			
Personne de contact de l'entreprise :							
Adresse e-mail :				@			
Tél. :							

Toute reprise d'activités à temps plein ou temps partiel, doit être signalée immédiatement.

Fait le

Signature

Santé – 10C2PS

Verso à remplir par l'assuré.



A remplir par l'assuré et à renvoyer directement à :

Allianz Belgium s.a.
Santé - 10C2PS
Rue de Laeken 35
1000 Bruxelles
à l'attention du médecin-conseil

Votre nom :		Votre prénom :	
Votre adresse e-mail :		@	
Tél. :			
N° de compte financier :	BIC :		
	IBAN :		
Vous avez repris votre travail : / /20 à temps plein			
/ /20 à temps partiel à %			

Attention ! Document à joindre obligatoirement

Une attestation de votre mutuelle (en cas de maladie, accident du privé ou grossesse) ou de l'assureur-loi (en cas d'un accident du travail). Vérifiez que cette attestation indique bien les périodes couvertes et le pourcentage d'incapacité de travail, ainsi que le montant de l'indemnité (journalière) accordée.

Attestation médicale à remplir par vous ou par votre médecin-traitant

Nature de la blessure / maladie :

Date de la première consultation médicale :

Admission ?

Avez-vous déjà souffert de cette maladie auparavant ?

Quand ?

Date du premier traitement :

Existe-t-il un rapport avec un accident et/ou maladie antérieure ?

Lequel ?

Quel est le traitement prescrit :

Période prévue d'incapacité de travail :

En cas d'une grossesse et/ou d'accouchement

Date réelle d'accouchement : / /20

Date d'accouchement prévue : / /20

Votre maladie est due à un accident ? Alors, remplissez les circonstances exactes de l'accident (lieu, heure ? piéton ? transport ? sport de compétition ou sport de loisir ?) et éventuellement l'identifiant du procès verbal de la police.

Pour accélérer la gestion de votre dossier

Il vous est recommandé, en cas d'affection psychologique ou d'affiliation à cette assurance de moins de 12 mois, de joindre un rapport médical détaillé.

Date et signature du médecin (si d'application)

Allianz Belgium s.a. traite les données relatives à la santé pour évaluer les risques assurés, gérer les sinistres et prévenir les abus et fraudes. Dans ce contexte, ces données peuvent être transmises à un réassureur ou un expert. Elles sont accessibles par les services d'acceptation, de gestion sinistres et les services fonctionnels qui poursuivent les finalités décrites. Les droits conférés par la loi du 8 décembre 1992 à la personne concernée s'exercent en adressant une demande datée et signée au service Privacy, Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles. La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Toute plainte peut être adressée

- à l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75, info@ombudsman.as, ou
- au service Médiation Clientèle de la compagnie Allianz Belgium s.a, Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/214.61.71, Mediation@allianz.be sans préjudice de la possibilité pour le preneur d'assurance d'intenter une action en justice.

Certifié sincère et véritable à la date du

Signature de l'assuré