

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

Déclaration en cas de maladie ou d'accident (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 : | | |
| n° de compte financier de l'assuré : | BIC : <input type="text"/> | |
| | IBAN : <input type="text"/> | |
| 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

Verso à remplir par l'assuré.



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

Allianz Benelux s.a.
 Claims Healthcare
 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 (maladie, accident privé ou grossesse) ou de l'assureur-loi (accident du travail). Vérifiez que cette attestation indique bien les périodes couvertes, le pourcentage d'incapacité de travail et le montant de l'indemnité journalière.

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

Type de lésions / maladie :

Date de la première consultation médicale :

Hospitalisation ?

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 d'incapacité de travail prévue :

Date prévue d'accouchement : / /20

Date réelle d'accouchement : / /20

Si l'incapacité est due à un accident : Précisez les circonstances exactes de l'accident et joignez tous les documents utiles (rapport médical des urgences, attestation du club sportif, attestation médicale, identification du procès verbal de la police...)

 lieu : date et heure : circonstances : sport de compétition sport de loisir accident vie privée accident travail

En fonction de votre déclaration et des pièces jointes, Allianz peut vous demander des informations complémentaires.

Date et signature du médecin (si d'application)

Allianz Benelux 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 Benelux s.a., Rue de Laeken 35 à 1000 Bruxelles. La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat à :

- l'Ombudsman des Assurances, Square de Meeüs 35 à 1000 Bruxelles, fax : 02/547.59.75, info@ombudsman.as

- Allianz Benelux s.a. par mail à plaintes@allianz.be, par téléphone au 02/214.77.36, par fax au 02/214.61.71 ou par lettre à Allianz Benelux s.a., 10RSGJ, Rue de Laeken 35, 1000 Bruxelles.

Certifié sincère et véritable à la date du

Signature de l'assuré