

DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL (S28/2)

IMPORTANT ! Veuillez renvoyer la présente déclaration complétée et signée dans les 5 jours à dater de la survenance de votre incapacité de travail.

Veuillez joindre à cette déclaration les rapports médicaux établis à la suite de votre incapacité ainsi que les protocoles des différents examens réalisés afin de permettre à notre médecin-conseil, Dr. F. Charles, d'évaluer correctement et rapidement le droit aux prestations.

A renvoyer à :

DKV Belgium S.A. – Département Invalidité – Service médical | Rue de Loxum 25 | 1000 Bruxelles
e-mail administratif : claims-inv@dkv.be | e-mail médical : dkvmed@dkv.be

- | | |
|--|----------------------------------|
| • La personne assurée complète les rubriques : | I. Identification |
| | II. Accident |
| | III. Déclaration et autorisation |
| • Le preneur d'assurance complète la rubrique : | IV. Bénéficiaire des indemnités |
| • Le médecin-traitant complète la rubrique : | V. Certificat médical |

I. Identification (à compléter par la personne assurée)

1. Coordonnées de la personne malade ou accidentée :

N° police :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : / / Sexe : M F

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

Téléphone / GSM : _____ E-mail : _____

2. Activité professionnelle de la personne malade ou accidentée :

- Veuillez nous donner une description détaillée de vos activités professionnelles :

- Quelle est la proportion (en %) :
du travail manuel _____ %
des tâches administratives _____ %
- Qui fait votre travail administratif (comptabilité / facturation / prospection / devis) ?

- Effectuez-vous des déplacements fréquents en voiture ou via un autre moyen de transport ? Oui Non
- Travaillez-vous avec des employés / ouvriers / associés ? Oui Non Si oui, combien ? _____
- Quelle est la proportion (en %) de votre participation active :
dans les travaux journaliers : _____ %
dans la supervision des activités de votre personnel : _____ %
- Exercez-vous une activité professionnelle complémentaire ? Oui Non
Si oui, précisez : _____

Identification (suite)

3. Quel est votre statut social ?

- Indépendant ? Oui Non Si oui, N° d'entreprise (BCE): _____
- Salarié ? Oui Non Si oui, veuillez compléter le point 4.
- Fonctionnaire ? Oui Non Si oui, veuillez compléter le point 4.
- Chômeur / pensionné ? Oui Non Si oui, depuis le / /

4. Coordonnées de votre employeur :

Dénomination : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

Personne de contact : _____

Nature du contrat de travail : à temps plein à temps partiel intérimaire

5. Coordonnées de votre mutualité (à compléter ou apposer une vignette de votre mutualité) :

Dénomination : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

N° d'inscription : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

6. Déclaration(s) auprès d'autres assureurs :

- Avez-vous déclaré votre incapacité de travail auprès d'un autre assureur (p.ex. Fonds des maladies professionnelles, Fonds des accidents de travail, votre mutualité ou autre) ?

Oui Non Si oui, précisez :

Nom de l'assureur 1 : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

N° de police / Références : _____

Nom de l'assureur 2 : _____

Rue : _____ N° : _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

N° de police / Références : _____

- Avez-vous droit à une intervention financière auprès de cet assureur ?

Assureur 1 Oui Non

Assureur 2 Oui Non

II. Accident (à compléter par la personne assurée uniquement en cas d'accident)

- Date de l'accident : / / Heure : H
- Nature de l'accident : Accident de la vie privée Accident de travail
 Accident sportif
- Lieu précis de l'accident : _____
Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
Code postal : Localité : _____ Pays : _____
- Description des causes et circonstances : _____

- Nature précise des lésions : _____

- Nature précise du (des) traitement(s) : _____

- Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Oui Non
Si oui, veuillez joindre une copie du procès-verbal.
- Un tiers est-il impliqué ? Oui Non
Le tiers peut-il être rendu responsable de l'accident ? Oui Non
Si oui, nom et prénom du tiers-responsable : _____
Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
Code postal : Localité : _____ Pays : _____
Nom de l'assureur du tiers-responsable : _____
Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
Code postal : Localité : _____ Pays : _____
N° de police / Références : _____
- Coordonnées de votre assureur en responsabilité civile :
Nom de l'assureur : _____
Rue : _____ N° : _____ Bte : _____
Code postal : Localité : _____ Pays : _____
N° de police / Références : _____

III. Déclaration et autorisation (à compléter et à signer par la personne assurée)

Je déclare avoir complété la présente déclaration de sinistre correctement, complètement et sans omission.

Je m'engage, sur demande de l'assureur, à transmettre les informations administratives et médicales pour déterminer le droit aux prestations. Dans ce but, j'autorise le médecin-conseil, Dr. F. Charles :

- à solliciter auprès du (des) médecin(s)-traitant(s), les informations médicales nécessaires,
- à solliciter auprès de ma mutualité les informations relatives aux prestations de soins de santé et/ou d'incapacité de travail me concernant.

J'accepte, en contrepartie du paiement de la prestation d'assurance, que DKV Belgium soit subrogé à concurrence de ce montant dans mes droits et actions à la réparation du dommage à l'égard des tiers, conformément à l'article 31 des Conditions Générales d'Assurance.

Déclaré sincère et véritable,

Nom et prénom de la personne assurée ou du représentant légal :

Date : / / 2 0

Signature :

IV. Bénéficiaire des indemnités (à compléter et à signer par le preneur d'assurance)

1. Coordonnées du bénéficiaire :

Nom¹ : _____ Prénom¹ : _____

Date de naissance (si personne physique)¹ : / /

N° d'entreprise (BCE) (si personne morale)¹ : _____

Rue : _____ N: _____ Bte : _____

Code postal : Localité : _____ Pays : _____

Téléphone / GSM : _____ E-mail : _____

2. Compte bancaire du bénéficiaire :

N° compte IBAN : - - -

Code BIC :

Nom et prénom du titulaire du compte : _____

Déclaré sincère et véritable,

Nom et prénom du preneur d'assurance ou du représentant légal :

Date : / / 2 0

Signature :

¹ La communication de ces données au SPF Finances est obligatoire pour l'établissement de la fiche fiscale.

V. Certificat médical (réservé au médecin-traitant)

IMPORTANT ! Notre médecin-conseil, le Dr. F. Charles, prie le médecin-traitant, avec le consentement de la personne assurée, de :

- répondre à toutes les questions du présent certificat médical ;
- joindre les rapports médicaux établis à la suite de l'incapacité de travail, accompagnés des protocoles des différents examens réalisés.

Les informations médicales communiquées sont traitées conformément à la législation relative à la protection de la vie privée ainsi que celle relative à la protection du secret médical.

N° police :

Nom et prénom de la personne assurée : _____

Date de naissance : / /

• Cause de l'incapacité : accident maladie autre motif (précisez s.v.p.) : _____

• Diagnostic précis et descriptif des lésions : _____

• Symptômes de l'affection : _____

• Date d'apparition des premiers symptômes : _____ / _____ / _____

• Date du premier traitement et/ou de l'examen médical : _____ / _____ / _____

• Examens réalisés :

| Date | Type | Conclusions |
|--------------------|-------|-------------|
| ____ / ____ / ____ | _____ | _____ |
| ____ / ____ / ____ | _____ | _____ |
| ____ / ____ / ____ | _____ | _____ |

• Traitements instaurés et/ou prévus :

| Date | Description du traitement |
|--------------------|---------------------------|
| ____ / ____ / ____ | _____ |
| ____ / ____ / ____ | _____ |
| ____ / ____ / ____ | _____ |

• Existe-t-il un rapport avec une maladie ou un accident antérieur ? Oui Non

Si oui, précisez (y compris les dates) : _____

• La personne assurée a-t-elle été traitée par d'autres médecins pour l'affection actuelle ? Oui Non

Si oui, précisez : Docteur : _____ Spécialité : _____

Docteur : _____ Spécialité : _____

Certificat médical (suite)

- La personne assurée a-t-elle subi ou devra-t-elle subir une intervention chirurgicale ? Oui Non

Si oui, nature de l'intervention : _____

Date (ou date probable) de l'intervention : ____ / ____ / 20__

- Incapacité physiologique : du / / au / / à %
du / / au / / à %
- Incapacité économique : du / / au / / à %
du / / au / / à %
- Reprise du travail possible à partir : du / / à %

- Quelle sera à votre avis l'évolution de la maladie ou des séquelles de l'accident ?
Veuillez préciser.

- Quelle sera à votre avis l'évolution de l'incapacité de travail ?
Veuillez préciser.

Les données à caractère personnel sont traitées par DKV Belgium S.A., dont le siège social est établi à 1000 Bruxelles, Rue de Lozum 25, conformément à la loi belge relative aux traitements de données à caractère personnel et au règlement général 2016/679 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.

Déclaré sincère et véritable,

Nom et prénom du médecin-traitant : _____

Date de l'examen : / / 2 0

Cachet et signature du médecin-traitant :
