



## Déclaration d'incapacité de travail

### Assurance de groupe (Health Care)



Veuillez envoyer ce formulaire à :  
[renteHC@aginsurance.be](mailto:renteHC@aginsurance.be)  
AG, Service médical Health Care  
Boulevard E. Jacquain 53, 1000 Bruxelles

**CONFIDENTIEL**

Pour la déclaration d'incapacité de travail, l'assuré doit envoyer ce document avec le formulaire « certificat médical » [complété par le médecin traitant] et les certificats de maladie à partir de la date de début 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.**

Quelle 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 :

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

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](http://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:

