



Déclaration

Pension@work – Incapacité de travail

Numéro de contrat :

Ce document doit être complété et signé par l'assuré.

Cette déclaration doit être envoyée, accompagnée du certificat médical, au médecin-conseil de AG :

AG

**À l'attention du médecin-conseil
Service Médical Health Care - 1JQ5B
Bd E. Jacqmain 53, 1000 Bruxelles**

■ A compléter dans tous les cas :

Identification de l'assuré

Nom : Prénom :

Date de naissance : / /

Rue : n° : boîte :

Code postal : Localité :

Adresse e-mail : Téléphone ou GSM :

Activités professionnelles exactes (décrire aussi bien l'activité principale que secondaire) :

.....
.....

Salarié : Ouvrier Employé Indépendant

Dénomination de l'employeur :

Adresse :

Identification du preneur d'assurance

Nom :

Numéro d'entreprise [= numéro BCE] :

Modalités de paiement

Paiement sur le compte n° :

Au nom de :

En cas de remboursement de la prime au profit d'un autre bénéficiaire et pour autant que ceci soit prévu par les conditions du contrat :

Remboursement des primes sur le compte n° :

Au nom de :

Autres informations

Nature de la maladie et/ou des lésions :

.....

Intervention chirurgicale éventuelle :

Quand sont apparues les premières manifestations ?

Êtes-vous assuré par une autre compagnie d'assurances pour la même garantie ? Oui Non

Nom et adresse de la compagnie :

.....

Produit d'assurance et numéro de contrat :

Pour la garantie rente d'invalidité :

Quelle est la date du début de l'incapacité de travail ? / /

Le membre du personnel bénéficiait-il d'une garantie rente d'invalidité auprès de son employeur précédent ? Oui Non

Si la réponse est « oui », transmettez-nous l'attestation de l'assureur précédent comprenant la période d'affiliation et les garanties.

■ A compléter en cas d'accident (Annexez si possible une coupure de presse)

Nature de l'accident : Privé Circulation Sportif Travail Scolaire Autre :

Y-a-t-il une autre assurance qui couvre l'accident ? Oui Non

Si oui, laquelle + nom compagnie + n° de la police :

.....

.....

Date et heure de l'accident : le / / à heures avant midi après midi

Lieu précis

Relation des faits :

.....

.....

Tiers éventuel

Nom et adresse :

.....

Assureur du tiers :

Nom, adresse de l'assureur du tiers et n° de police :

.....

.....

Témoins

Nom et adresse :

.....

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Oui Non

Si oui, N° PV et joindre copie du PV d'audition :

Par la police de : le / /

Qui est responsable de l'accident ?

Nom et adresse de la personne responsable:

.....
.....

Le bénéficiaire des soins était-il, au moment du sinistre, au service d'un employeur, ou sur le chemin du travail ? Oui Non

Dans l'affirmative: quel est l'employeur ? (nom et adresse):

.....
.....

Auprès de quelle compagnie est-il assuré pour les accidents du travail ?

AG traite en tant que responsable du traitement vos données à caractère personnel pour les finalités mentionnées dans les conditions générales (le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle), et en particulier en vue de l'exécution des avantages complémentaires (pension complémentaire et/ou assurance maladie liée à l'activité professionnelle) souscrits en votre faveur par votre employeur ou secteur et dont la gestion a été confiée à AG. Pour plus d'information concernant le traitement de vos données à caractère personnel, veuillez consulter les conditions générales (le règlement de pension pour la pension complémentaire sectorielle) et notre Notice Vie Privée sur www.aginsurance.be.

Traitement portant sur des catégories particulières de données à caractère personnel

- Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement des données à caractère personnel concernant ma santé par AG et par mes mandataires dans le cadre de la description du risque et/ou du traitement du sinistre, y compris l'établissement de statistiques.
- Je, soussigné(e), déclare consentir expressément au traitement de mes données à caractère personnel relatives aux condamnations pénales et aux infractions 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 de mon droit de retirer à tout moment mon consentement au traitement de données à caractère personnel concernant ma santé. Je reconnais que dans ce cas, AG se trouverait dans l'impossibilité d'exécuter la relation contractuelle.

Je certifie que les réponses précédentes sont complètes et conformes à la vérité.

Fait à le / /

Signature de l'assuré: