



ASSURANT®

Déclaration de sinistre assurance incapacité de travail temporaire

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer cette déclaration dans les 14 jours dès réception à info.be@assurant.com et d'y joindre la preuve de l'incapacité de travail. Une déclaration ou une attestation médicale incomplète peut retarder le règlement du dossier. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au numéro 078/48 38 57 ou par mail sur info.be@assurant.com.

1. Numéro du contrat : _____

2. Nom, prénom de l'assuré: _____

Adresse : _____

Code postal, localité : _____

Date de naissance : _____

Adresse E-mail : _____

3.1. Quelle est votre profession ? : _____

3.2. Depuis quand l'exercez-vous ? : _____

4.1 Avez-vous déjà fait appel à cette assurance ?

☐ non ☐ oui, numéro du sinistre _____

5.1 Quelle est la date de votre premier jour d'incapacité de travail ?

L'assuré autorise expressément Open Bank, S.A., succursale en Belgique, l'assureur et Assurant Europe Services BV, l'administrateur, à traiter toutes les informations obtenues, y compris toutes les informations médicales, dans la mesure nécessaire à la gestion et au traitement du dossier de sinistre.

L'assuré autorise expressément l'assureur à payer toute prestation de ce dossier à Open Bank, S.A., succursale en Belgique, à titre de remboursement dans le cadre de l'ouverture de crédit/prêt à tempérament en cours souscrite par l'assuré auprès de Open Bank, S.A., succursale en Belgique

Complété à ma meilleure connaissance et conforme à la vérité,

Signature de l'assuré :

à _____ le _____

Assurant Europe Insurance N.V.

KvK-nummer 72959320

Postbus 22542, 1100 DA Amsterdam, Nederland



ASSURANT®

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT EXPLICITE POUR L'OBTENTION D'INFORMATIONS DE LA CATÉGORIE DE DONNÉES PERSONNELLES SENSIBLES

Vous avez conclu avec nous une assurance offrant une couverture en cas d'incapacité de travail, et pour ceci nous devons parfois traiter des données personnelles sensibles, dans ce cas la réception et le traitement des informations médicales. Ceci est nécessaire pour la gestion des sinistres dans le cadre de la police d'assurance que vous avez conclue.

Vous nous avez fourni ou vous allez nous fournir vous-même la plupart des informations que nous détenons sur vous, mais certaines informations peuvent provenir d'une autre source, à savoir votre médecin, des spécialistes ou l'hôpital. Si nous avons besoin d'obtenir ces informations d'un tiers, nous prendrons expressément contact avec vous à ce moment.

Nous utilisons ces informations uniquement pour la gestion des sinistres relatives à votre police d'assurance. Ces informations ne seront accessibles que par nos membres de personnel et les membres du personnel de Open Bank, S.A., succursale en Belgique et Assurant Europe Services BV, l'administrateur, que nous avons engagé pour la gestion des sinistres, directement impliqués dans la gestion de votre dossier sinistre, et par le médecin-conseil de Assurant Europe Services.

Ces informations sont régies par la législation sur la protection des données et relèvent de la catégorie de « données personnelles sensibles ». Par conséquent, afin d'obtenir ces informations de votre part et de pouvoir les utiliser pour la gestion de votre dossier sinistre, nous avons besoin de votre autorisation explicite. Nous vous demandons donc de bien vouloir cocher la case ci-dessous et de signer cette déclaration pour confirmer votre consentement.

Vous avez le droit de retirer votre autorisation à tout moment. Si vous ne nous autorisez pas à utiliser vos données ou si vous retirez votre autorisation, nous respecterons la législation sur la protection des données, mais cela peut affecter la gestion de votre dossier sinistre.

☐ **Je me déclare d'accord avec ce qui précède.**

Prénom et nom de famille :

Signature :

Date :

ATTESTATION MEDICALE

(à faire remplir par votre médecin)

Nom et prénom de l'assuré:

1.1. De quels troubles / blessures se plaint l'assuré ?

Depuis: _____

A quelle date l'assuré a-t-il fait appel pour la première fois au médecin ?

Nom et adresse du médecin :

En cas d'accident, les troubles / les blessures ont-ils été causés directement par l'accident? ☐ non ☐ oui

1.2. L'assuré était-il en bonne santé avant l'accident ou avant la maladie actuelle? ☐ non ☐ oui

1.3. Si non, existait-il une maladie ou des suites de blessures antérieures qui puissent avoir eu une influence sur les conséquences de l'accident ou de la maladie actuelle ?

Depuis quand l'assuré a-t-il cessé totalement/ partiellement ses activités professionnelles et quel est le pourcentage d'incapacité ?

Du _____ au _____ à _____ %.

Du _____ au _____ à _____ %.

1.4. A partir de quelle date jugez-vous l'assuré à nouveau capable de reprendre complètement ses activités professionnelles?

1.5. Y-a-t-il une possibilité qu'il subsiste une lésion permanente ? Si oui, quelle en est la nature ?

1.6. A quel endroit l'assuré séjourne t-il (à la maison, à l'hôpital ou ailleurs)?



ASSURANT®

2.1. Auprès de quels médecins/ spécialistes l'assuré est-il actuellement sous traitement médical ?

* Médecin généraliste

nom :

adresse :

localité :

téléphone :

* Spécialiste

nom :

spécialité :

adresse :

localité :

* Spécialiste

nom :

spécialité :

adresse :

localité :



ASSURANT®

2.2. Quelle est la nature du traitement ?

2.3. Quels sont les médicaments prescrits?

2.4. L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé ? ☐ non ☐ oui

Si oui, du _____ au _____

Qui était à l'époque le médecin/ spécialiste?

Complété à ma meilleure connaissance et conformément à la vérité,

Signature et cachet du médecin :

à _____ le _____