

## 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 <b>personne assurée</b> complète les rubriques :  | I. Identification                |
|  | II. Accident                     |
|  | III. Déclaration et autorisation |
| • Le <b>preneur d'assurance</b> complète la rubrique : | IV. Bénéficiaire des indemnités  |
| • Le <b>médecin-traitant</b> 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 :

Nom<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_ Prénom<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

Date de naissance (si personne physique)<sup>1</sup> :   /   /

N° d'entreprise (BCE) (si personne morale)<sup>1</sup> : \_\_\_\_\_

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 :

<sup>1</sup> 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 :  /  / 20\_\_

Cachet et signature du médecin-traitant :

\_\_\_\_\_