

DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL

A compléter intégralement, en lettres capitales, par l'assuré

1. Preneur d'assuranceNuméro de police.....
2. a) Nom et prénom de l'assuré b) Date de naissance de l'assuré c) Sexe de l'assuré d) Adresse de l'assuré e) Numéro de téléphone de l'assuré f) Profession de l'assuré g) Nom et adresse de l'employeur de l'assuré h) Numéro de carte d'identité de l'assuré	a) b)/...../..... c) <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin d) e) f) g) h)
3. a) Nom et prénom du médecin traitant b) Adresse du médecin traitant c) Médecin traitant de l'assuré depuis le d) Date du premier examen médical pour l'affection actuelle	a) b) c)/...../..... d)/...../.....
4. Cette affection est la conséquence d'un(e)	<input type="checkbox"/> maladie <input type="checkbox"/> maladie professionnelle <input type="checkbox"/> accident <input type="checkbox"/> accident de travail
5. A compléter uniquement en cas de maladie: a) Nature de la maladie b) Date de constatation de la maladie c) Circonstances dans lesquelles la maladie s'est déclarée	a) b)/...../..... c)
6. A compléter uniquement en cas d'accident : a) Nature de l'accident b) Date et lieu de l'accident c) Circonstances dans lesquelles l'accident s'est produit d) Numéro de Procès Verbal qui a éventuellement été dressé Nom et adresse de l'autorité verbalisante	a) b)/...../..... c) d)
7. A compléter uniquement en cas d'hospitalisation : a) Nom et adresse de l'établissement b) Séjour à l'hôpital	a) b) du/...../..... au/...../.....
8. Arrêt total de travail	du/...../..... au/...../.....
9. a) Avez-vous déjà reçu des soins pour une même maladie? Si oui, quand? b) Souffrez-vous d'autre(s) maladie(s) et/ou infirmité(s)? Si oui, lesquelles? c) Etiez-vous en traitement pour d'autre(s) maladie(s) et/ou infirmité(s) lorsque la maladie (ou l'accident), objet de la présente déclaration, s'est infirmité(s) lorsque la maladie (ou l'accident), objet de la présente déclaration, s'est manifestée? Si oui, lesquelles?	a) b) c)

Je certifie que la présente déclaration est exacte et sincère. J'autorise le Médecin-Conseil de North Europe Life Belgium à prendre toutes les informations qu'il jugera nécessaires auprès des hôpitaux ou des médecins qui m'ont soigné ou que j'ai consultés. J'autorise ces hôpitaux ou médecins à fournir au Médecin-Conseil de la dite Compagnie North Europe Life Belgium tous les renseignements demandés. Dans le cadre du traitement de la présente demande et de la gestion du contrat pouvant résulter de la présente demande (y compris le traitement du dossier sinistre) et uniquement à cet effet, je donne par la présente mon consentement spécial quant au traitement des données médicales me concernant. Les personnes suivantes peuvent avoir accès à ces données: le personnel des sociétés et de leurs filiales chargé des tâches susmentionnées et le cas échéant les tiers dont l'intervention est nécessaire ou indiquée en vertu de l'Article 7 de la loi relative à la protection de données à caractère personnel.

Fait à le.....

.....
Signature précédée de la mention manuscrite "Lu et approuvé".