

# Déclaration

## Revenu Garanti – Assurance complémentaire invalidité

Produit d'assurance : \_\_\_\_\_

Numéro de contrat : \_\_\_\_\_

Notre référence : \_\_\_\_\_

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

### Identification de l'assuré

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Rue : \_\_\_\_\_ n° : \_\_\_\_\_ boîte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Localité : \_\_\_\_\_

Adresse e-mail : \_\_\_\_\_ Téléphone ou GSM : \_\_\_\_\_

Dénomination et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

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

Salarié :  Ouvrier  Employé  Indépendant  \_\_\_\_\_

### Identification du preneur d'assurance

Nom : \_\_\_\_\_

### 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

Date du début de l'incapacité de travail ou de l'invalidité : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

## A compléter en cas de maladie

A quelle date avez-vous consulté pour la première fois un médecin au sujet de vos symptômes actuels ? .....

A quelle date le premier diagnostic a-t-il été posé ? .....

Nom du médecin ? .....

Avez-vous déjà souffert de cette affection antérieurement ?  Oui, quand ..... [date]

Non

Si une affection liée au stress est à l'origine de votre incapacité de travail, veuillez à lire la rubrique « **Information importante en cas d'incapacité de travail liée à une affection liée au stress** ».

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

Date et heure : ..... Lieu de l'accident : .....

Il s'agit d'un :

Accident de travail

Dénomination de l'assureur-loi : .....

Numéro de contrat : .....

Accident de la vie privée  Accident sportif, quel sport? .....

Accident de circulation,

en qualité de

chauffeur auto/camion

passager

piéton

motocycliste

cycliste

autre : .....

### Tiers éventuel

Nom et adresse: .....

Assureur du tiers: .....

Numéro de contrat: .....

### Relation de l'accident, avec éventuellement un croquis:

Une description détaillée des circonstances et des causes directes de l'accident est indispensable ; si nécessaire, joignez une déclaration complémentaire sur papier libre, en annexe de votre déclaration.

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

Un procès-verbal a-t-il été dressé ?

Oui, avec le numéro de PV ..... par la police de .....

Non

## Information importante en cas d'incapacité de travail liée à une affection liée au stress

### Nos services offrent bien plus qu'un soutien financier

Ce qui suit est valable pour les produits Revenu Garanti et l'assurance complémentaire rente incapacité de travail dans un produit 2e pilier pour indépendants.

### Votre incapacité de travail découle d'une affection liée au stress ?

Il est alors possible que vous puissiez bénéficier d'un **programme de soins et d'accompagnement en vue de votre retour au travail**. Il s'agit d'un service supplémentaire proposé gratuitement et sans engagement par AG en plus des montants convenus contractuellement en cas de sinistre.

Si le médecin conseil d'AG décide, sur la base de votre dossier médical, que vous remplissez les conditions pour bénéficier d'un tel trajet, nous vous enverrons alors les informations nécessaires sans aucun engagement de votre part. Vous choisirez ensuite si vous souhaitez utiliser ou non ce service.

Toutefois, si vous *ne souhaitez pas* recevoir ces informations non contraignantes ou si vous *ne souhaitez pas* qu'AG traite vos données médicales pour déterminer si vous remplissez les conditions pour bénéficier de ce programme, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Je *n'autorise pas* AG à traiter mes données médicales pour déterminer si je remplis les conditions pour démarrer un trajet de soins et d'accompagnement gratuit et sans engagement en vue de mon retour au travail.

Pour plus d'informations relatives à vos droits et la manière dont AG traite vos données personnelles, vous pouvez consulter notre [Notice Vie Privée](#) sur [www.ag.be](http://www.ag.be).

Les données à caractère personnel recueillies dans ce document sont traitées par AG Insurance SA (en abrégé AG), ayant son siège social à 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53 en tant que responsable du traitement, conformément au Règlement (UE) 2016/679 du Parlement Européen et du Conseil du 27 avril 2016 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, ainsi qu'à la Notice Vie Privée d'AG sur [www.ag.be](http://www.ag.be). Ces données sont traitées dans le cadre de la présente demande et l'exécution du contrat lié au présent document ainsi que pour les finalités mentionnées dans la Notice Vie Privée d'AG.

Vous pouvez exercer vos droits relatifs au traitement de ces données au moyen d'une demande datée et signée accompagnée d'un document d'identification ou d'un autre moyen d'identification à envoyer par courrier à AG Insurance, Data Protection Officer, 1000 Bruxelles, Boulevard Emile Jacqmain 53, ou par email à : [AG\\_DPO@aginsurance.be](mailto:AG_DPO@aginsurance.be). Une réclamation peut le cas échéant être introduite auprès de l'Autorité de protection des données.

Fait à ..... le .....

Signature de l'assuré :

[Voyez aussi : [comment signer électroniquement avec acrobat reader](#)]

Cette DÉCLARATION doit être envoyée, accompagnée du CERTIFICAT MEDICAL au médecin-conseil de  
AG Insurance / 1JP5E, Bd E. Jacqmain 53 à 1000 Bruxelles ou par mail à  
[claims.life.broker@aginsurance.be](mailto:claims.life.broker@aginsurance.be)

