

# DÉCLARATION D'INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ASSURANCE COLLECTIVE

## Ce document se compose de 3 parties :

- la partie A : à compléter par l'employeur
- la partie B : à compléter par le travailleur en incapacité de travail
- la partie C : à compléter par le médecin

En tant qu'employeur, preneur d'assurance, vous devez compléter la partie A et envoyer la déclaration complète à votre travailleur.

**Le travailleur doit ensuite renvoyer ce document complet (de préférence de manière digitale) à [cd@allianz.be](mailto:cd@allianz.be) ou à Claims Disability, Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, à l'attention du médecin conseil.**

## Quels sont les documents pour une déclaration complète ?

1. Cette déclaration remplie et signée par : l'employeur (partie A), le travailleur (partie B) et le médecin (partie C). En cas de congé légal de maternité (grossesse ou accouchement sans complications), la partie C ne doit pas être complétée.
2. Attestation avec mention des périodes couvertes et montant des indemnités journalières de :
  - l'assureur-loi dans le cas d'un accident du travail
  - l'assurance contre les maladies professionnelles dans le cas d'une maladie professionnelle
  - la mutuelle dans tous les autres cas.
3. En cas d'accident, une copie de la déclaration et/ou du procès verbal (si d'application).
4. Tous documents médicaux utiles (rapport médical des urgences ou hospitalisation, rapport d'opération, rapport d'évolution, résultats des scans ou autres examens, détails du traitement, prescription(s) médicale(s), etc...).

En fonction de votre dossier, Allianz Benelux peut vous demander des informations complémentaires.

**Partie A : A compléter par l'employeur et à envoyer au travailleur**

Entreprise :

Numéro de groupe :  B  C  V  R

Nom de l'assuré :

Prénom de l'assuré :

Rue :

N°/Boîte :

Code postal/Localité :

Date de naissance :  /  /

N° matricule :

N° Registre National :

Langue :  Néerlandais  Français  
 Anglais

Sexe :  Homme  Neutre  
 Femme

Catégorie :  Ouvrier  Employé  
 Cadre  Directeur  
 Indépendant

Date du 1<sup>er</sup> jour d'absence de l'assuré :  /  /

L'assuré a repris le travail :  Oui  Non

Si oui : reprise du travail le :  /  /  à temps plein  
 /  /  à temps partiel à :    %

**Toute reprise d'activités à temps plein ou à temps partiel, doit être signalée immédiatement à la Compagnie d'Assurances : cd@allianz.be avec pour communication 'Reprise du travail + N° de dossier + N° BCVR + nom + prénom de l'assuré'**

Personne de contact de l'entreprise :

E-mail :

Tél. :

Description détaillée de l'activité professionnelle et de l'environnement de travail :

Fait à  le  /  /

**Signature de l'employeur**

Date d'entrée en service dans l'entreprise :  /  /

Régime de travail :    %

Salaire brut mensuel à la date d'échéance principale précédant l'incapacité de travail\* :  euros

\* Si les données du calcul annuel n'ont pas encore été transmises à Allianz Benelux.

Période de crédit-temps :    %  
de  à

Démission ou licenciement avec effet au :  /  /

Durée du préavis :

Indemnité de préavis :  Oui  Non

Incapacité de travail due à un(e) :

Accident du travail  Grossesse / accouchement  
 Accident de la vie privée  Maladie / trouble psychique / risque psychosocial

**Partie B : A compléter par le travailleur en incapacité de travail**

Nom :

Prénom :

E-mail\* (facultatif) :

Tél. :

\* En complétant votre adresse email, vous acceptez que les échanges avec le secrétariat médical et le service Claims Disability d'Allianz Benelux soient réalisés de manière digitale. Cette adresse ne sera pas utilisée à des fins commerciales ou promotionnelles.

N° de compte financier de l'assuré :

IBAN :

BIC :

Quel a été le facteur déclenchant de votre arrêt de travail ?

Cochez d'une croix et précisez :

- Événement de vie (décès, séparation, agression, ...)
- Conditions de travail (stress, fatigue....)
- Maladie
- Accident
- Grossesse/Accouchement\*
- date prévue de l'accouchement :  /  /
- date réelle de l'accouchement :  /  /
- Autre (précisez) :

\* En cas de congé légal de maternité, la partie C ne doit pas être complétée.

Quelles sont les 3 plaintes principales qui vous ont amené à consulter ?

1.
2.
3.

Vous avez repris votre travail le :

/  /  à temps plein

/  /  à temps partiel à :    %

Si vous n'avez pas repris votre travail, quand pensez-vous pouvoir reprendre votre travail, même partiellement ?

/  /

Si il est question d'un autre travail ou d'une formation, lequel/laquelle ?

**En cas de trouble psychique, trouble de la personnalité, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, risque psychosocial, veuillez répondre aux questions suivantes :**

Si vous pensez ne pas pouvoir reprendre le travail, précisez pourquoi :

Quels sont les facteurs qui vous aideraient à reprendre le travail même partiellement ?

Quel est votre plus haut diplôme obtenu ? (précisez)

Quels métiers avez-vous exercés par le passé ?

Quel était votre travail au moment de votre arrêt de travail ? Depuis quand ?

Décrivez une journée de travail et précisez si il y a lieu les difficultés que vous rencontrez dans l'exercice de vos tâches :

Quelles activités avez-vous maintenues en dehors du travail ?

**Pour les clauses 'Protection des données personnelles', 'Avertissement' et 'Traitement des plaintes', voir la dernière page du document.**

Fait à  le  /  /

**Signature de l'assuré**

(précédée de la mention "Lu et approuvé")

**Partie C : A compléter par le médecin généraliste ou par le médecin spécialisé**

L'arrêt de travail de l'assuré est dû à :

– un accident :  Oui  Non

Si oui, il s'agit de :

- pratique d'un sport non rémunéré  accident du travail  
 pratique d'un sport rémunéré  accident de la vie privée

Précisez les circonstances exactes de l'accident :

– une maladie :  Oui  Non

– une grossesse/un accouchement avec complications :  
 Oui  Non

Si oui, lesquelles ?

– un trouble psychique, un trouble de la personnalité, un syndrome de fatigue chronique, une fibromyalgie, un risque psychosocial :  
 Oui  Non

Nature de l'affection ou du trouble motivant l'arrêt de travail :

Quels symptômes objectifs (cliniques et paracliniques) vous ont permis de poser votre diagnostic ?

Date de la première consultation médicale :  /  /

L'assuré est-il traité ou va-t-il être traité en milieu hospitalier ?  
 Oui  Non

Si oui, lequel ?

Période de l'hospitalisation ?

de  /  /  à  /  /

Quel est le traitement prescrit ? Quels sont les médicaments prescrits ?

Depuis quand ?

Période d'incapacité de travail prévue :

de  /  /  à  /  /

L'incapacité est-elle totale ?

Oui  Non

Si non, à combien estimez-vous le pourcentage de l'incapacité de travail ?

%

Pourrait-elle avoir un caractère permanent ?

Oui  Non

L'assuré a-t-il déjà souffert de cette affection/ce trouble auparavant ou existe-t-il un rapport avec un accident, un trouble et/ou une maladie antérieur(e) ?

Oui  Non

Si oui, lequel/laquelle ?

Quand ? de  /  /  à  /  /

Date du premier traitement :  /  /

**En cas de trouble psychique, trouble de la personnalité, syndrome de fatigue chronique, fibromyalgie, risque psychosocial, veuillez également répondre aux questions suivantes :**

A quelle date avez-vous été consulté pour la première fois ?

/  /

Quel est votre diagnostic à titre principal ?

**Suite partie C : A compléter par le médecin généraliste ou par le médecin spécialisé**

Où le classez-vous ? **(cochez une seule case)**

Si d'application, veuillez utiliser la classification DSM-5.

	Léger	Moyen	Sévère
<b>Trouble psychique :</b>			
Dépression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Boulimie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anorexie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
<b>Trouble de la personnalité ou du comportement :</b>			
Schizophrénie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trouble de la personnalité histrionique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			
Syndrôme de fatigue chronique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fibromyalgie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Risque psychosocial :</b>			
Burn Out	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harcèlement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre (à préciser) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>			

Les troubles sont-ils en relation ou associés avec une pathologie organique ?

Si oui, laquelle ?

Quelles sont les mesures thérapeutiques mises en oeuvre ?

1. Médicaments ?  Oui  Non

Si oui, lesquels ?

2. Révision ou adaptation du traitement médicamenteux ?

Oui  Non

Si oui depuis quand et dans quel sens ?

3. Psychothérapie ?  Oui  Non

Si oui, depuis quand ? Fréquence du suivi ?

4. Autre traitement spécialisé ?  Oui  Non

Si oui, lequel ?

5. Hospitalisation (antérieure ou prévue) ?  Oui  Non

antérieure :

de  /  /  à  /  /

prévue :

de  /  /  à  /  /

6. Travail adapté ?  Oui  Non

Dans le cadre d'un trajet de réintégration au travail

À la demande de la mutuelle

À l'initiative du patient

7. Autre (précisez) :

Avez-vous mesuré l'intensité actuelle des symptômes par le biais d'une échelle scientifiquement validée (ex : Echelle d'Hamilton) ou confirmé votre diagnostic sur base d'un critère scientifiquement validé (ex : ACR, Fukuda, DSM-5, ICD-10 ...) ?

Oui  Non

Si oui, pouvez-vous nous communiquer l'échelle/le critère et le résultat ?

Quelle sont les perspectives d'évolution de l'état actuel de votre patient(e) ?

Quand pensez-vous que votre patient pourra reprendre le travail, éventuellement à temps partiel ?  /  /

Fait à  le  /  /

**Les honoraires du médecin sont à charge de l'assuré.**

**Signature et cachet du médecin**

Médecin généraliste

Médecin spécialisé en

### Protection des données personnelles

Les données personnelles récoltées dans le présent document sont récoltées dans le cadre de la gestion de votre contrat d'assurance ou d'un sinistre en conformité avec la réglementation sur les assurances et sur la protection des données personnelles. Elles sont conservées aussi longtemps qu'elles sont nécessaires à l'exécution du contrat d'assurance, en ce compris les délais légaux de prescription. Elles ne feront en aucun cas l'objet d'une autre utilisation. En fournissant les données médicales destinées à la gestion de votre contrat ou de votre sinistre et en signant le présent questionnaire, vous donnez expressément votre accord au traitement de ces données lors de la gestion de votre contrat ou de votre sinistre. Pour tout renseignement complémentaire à propos du traitement, de la protection de vos données personnelles, vous êtes invité à consulter l'adresse internet (<https://allianz.be/personnelles>) où il vous est aussi possible de poser vos questions sur le traitement des données par la compagnie. Vous avez le droit de prendre connaissance, de faire corriger ou éventuellement supprimer vos données personnelles. Vous pouvez adresser vos questions à notre Data Privacy Officer, en joignant une copie recto-verso de votre carte d'identité, soit par courriel à l'adresse [privacy@allianz.be](mailto:privacy@allianz.be) soit par courrier à Allianz Benelux, Service Juridique et Compliance/Protection des données, Blvd du Roi Albert II 32 à 1000 Bruxelles. Vous pouvez aussi vous adresser à l'Autorité de Contrôle des Traitements de données à caractère personnel, rue de la Presse 35, 1000 Bruxelles, ou [www.privacycommission.be](http://www.privacycommission.be).

### Avertissement

Toute escroquerie ou tentative d'escroquerie envers la compagnie d'assurances entraîne non seulement la résiliation du contrat d'assurance, mais fait également l'objet de poursuites pénales sur la base de l'article 496 du Code pénal. En outre, l'intéressé est repris dans le fichier du groupement d'intérêt économique Datassur, Square de Meeûs 29 à 1000 Bruxelles, qui comporte tous les risques spécialement suivis par les assureurs qui y sont affiliés.

### Traitement des plaintes

La loi belge est applicable au contrat d'assurance. Sans préjudice de la possibilité d'intenter une action en justice, vous pouvez adresser toute plainte au sujet du contrat au service Gestion des plaintes d'Allianz Benelux :

Blvd du Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, tél. 02/214.77.36, fax 02/214.61.71, [plaintes@allianz.be](mailto:plaintes@allianz.be), [www.allianz.be](http://www.allianz.be). Si vous n'êtes pas satisfait suite à la réponse de notre service Gestion des plaintes, vous pouvez prendre contact avec l'Ombudsman des Assurances : Square de Meeûs 35, 1000 Bruxelles, tél. 02/547.58.71, fax 02/547.59.75, [info@ombudsman.as](mailto:info@ombudsman.as), [www.ombudsman.as](http://www.ombudsman.as). Allianz Benelux, en sa qualité d'assureur, est tenue de participer à une procédure de règlement extrajudiciaire des litiges de consommation.

Le Service de l'Ombudsman des Assurances est une entité qualifiée pour rechercher une solution à un litige extrajudiciaire de consommation.

