

## FORMULAIRE DE DECLARATION D'INCAPACITE DE TRAVAIL S28/2 F

Renseignements à fournir par l'assuré endéans les **5 jours** de l'incapacité de travail sauf contre-indication de l'assureur.

**A renvoyer à :** DKV Belgium S.A. – Département Invalidité | Bd Bischoffsheim 1-8 | 1000 Bruxelles | Fax: **32 (0)2 278 24 26** |  
Tél.: **32 (0)2 230 31 32** | e-mail: **claims-inv@dkv.be**

### 1. RUBRIQUE RÉSERVÉE A L'ASSURÉ

N° police individuelle

Nom / prénom de la personne assurée: \_\_\_\_\_

Date de naissance:  /  /  Compte du bénéficiaire:

Adresse de la personne assurée: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone / GSM: \_\_\_\_\_ e-mail : \_\_\_\_\_

Activité professionnelle, à préciser : \_\_\_\_\_

Indépendant ? N° d'entreprise (R.P.M) \_\_\_\_\_ N° TVA : \_\_\_\_\_

Appointé ? Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Chômeur/ Pensionné ? depuis le  /  / 2 0

Déclaré sincère et véritable, signature \_\_\_\_\_

Date: ...../...../20...

### 2. RUBRIQUE RÉSERVÉE AU DISPENSATEUR DES SOINS

Notre médecin-conseil, le docteur Fabian Charles, prie le médecin-traitant ou hospitalier, avec le consentement de la personne assurée, d'indiquer le **motif médical** de l'incapacité de travail et de répondre aux questions éventuelles. Il est important de souligner que le médecin choisi par le patient est autorisé à fournir cette information médicale à un médecin-conseil de l'assureur nommément désigné. L'assureur garantit d'autre part le traitement des données personnelles à caractère médical conformément aux dispositions légales en vigueur.

Concerne l'assuré(e) : \_\_\_\_\_

Cause et diagnostic précis : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Incapacité physiologique : DU  /  / 2 0  AU  /  / 2 0  à  %

Incapacité économique : DU  /  / 2 0  AU  /  / 2 0  à  %

Reprise du travail prévue à partir : DU  /  / 2 0  à  %

Déclaré sincère et véritable, signature et cachet du médecin \_\_\_\_\_

Date de l'examen: ...../...../20...