

Aangifteformulier verzekering tijdelijke arbeidsongeschiktheid

(Gelieve het formulier met hoofdletters in te vullen. U kunt dit formulier ook downloaden van onze website: www.santander.be/nl/claim)

Wij verzoeken u **dit aangifteformulier** samen met **een bewijs van arbeidsongeschiktheid** binnen de 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar klantenservice@be.cnpsantander.com of CNP Santander Insurance Europe DAC, B.P. 31, 1160 Oudergem. Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of geneeskundig attest kan de afhandeling vertragen.

A. Verzekerde

Contractnummer				
Naam en voornaam				
Geboortedatum	DD/MM/JJJJ	Geslacht	M	V
Adres				
Gemeente		Postcode		
Telefoon				
E-mail				

Bij welke ziekenkas bent u aangesloten?

Naam		Aansluitingsnummer	
Straat + nr.		Postcode & Gemeente	

B. Informatie aangaande het schadegeval

Wat was uw beroep?				
Sinds wanneer oefent u dit uit?	DD/MM/JJJJ			
Het werk bestaat hoofdzakelijk uit	Handenarbeid	%	Administratie	%
	Leiding geven/toezicht houden	%	Reizen	%
Wat zijn de naam en het adres van de werkgever?				
Wat is uw eerste ziektedag?	DD/MM/JJJJ			
Hebt u reeds eerder een beroep gedaan op deze verzekering ?	JA *		NEE	
* Indien ja, vermeld het schadenummer				

C. Verklaring

- De verzekerde geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om eventuele uitkeringen in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening of lening op afbetaling door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance, bijkantoor in België.
- Voor het beheer van het schadedossier geeft de verzekerde zijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over diens gezondheid door de verzekeraar en zijn verwerkers. De verzekerde heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Deze handeling kan echter het beheer van het schadedossier beïnvloeden. Het gegevensbeschermingsbeleid, zoals eerder gecommuniceerd aan de verzekerde, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. U kunt dit document ook downloaden van onze website: <https://www.santander.be/nl/verzekeringen/>.

Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,

Handtekening van de verzekerde,

Te _____ Op _____

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoon of e-mail contact met ons opnemen:

CNP Santander Insurance Life DAC /
 CNP Santander Insurance Europe DAC
klantenservice@be.cnpsantander.com
 09 235 51 13

GENEESKUNDIG ATTEST

(in te vullen door uw geneesheer)

A. Verzekerde						
Naam en voornaam						
B. Geneeskundig Attest						
Waaruit bestaan de klachten of letsels van de verzekerde?	Sinds :					
	DD/MM/JJJJ					
	DD/MM/JJJJ					
	DD/MM/JJJJ					
	DD/MM/JJJJ					
Op welke datum heeft de verzekerde zich hiervoor voor het eerst aangeboden?	DD/MM/JJJJ					
Naam en adres van de geneesheer						
In geval van een ongeval, is de klacht of het letsel rechtstreeks door het ongeval veroorzaakt?	JA	NEE				
Verkeerde de verzekerde in goede gezondheid voor het ongeval of voor zijn huidige ziekte?	JA	NEE*				
*Zoniet, was er een ziekte of waren er blijvende letsels van vorige verwondingen die invloed hebben op het huidige letsel of de huidige ziekte-toestand?						
Sinds wanneer heeft de verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel / gedeeltelijk gestaakt en voor welk percentage acht u hem ongeschikt ?						
Van	DD/MM/JJJJ	tot	DD/MM/JJJJ	voor	%	
Van	DD/MM/JJJJ	tot	DD/MM/JJJJ	voor	%	
Met ingang van welke datum acht u de verzekerde weer volledig arbeidsgeschikt?					DD/MM/JJJJ	
Is er kans op blijvend letsel en zo ja, wat is de aard hiervan?					JA	NEE
Waar verblijft de verzekerde tijdens de ongeschiktheid?	Thuis		Ziekenhuis		Elders, <i>graag toelichten</i>	
Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde momenteel in behandeling ?						
Huisarts			Specialist			
Naam			Naam			
Adres			Adres			
Gemeente & Postcode			Gemeente & Postcode			
Telefoon			Telefoon			
Waaruit bestaat de behandeling ? (Welke geneesmiddelen werden voorgeschreven ?)						



CNP SANTANDER INSURANCE

Heeft de verzekerde vroeger reeds aan dezelfde klachten geleden?		JA*	NEE
Zo ja,	van	DD/MM/JJJJ	tot
	Wie was toen de behandelende arts/specialist?		
Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,		Handtekening en stempel geneesheer,	
Te _____ Op _____		_____	
Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u via telefoon of e-mail contact met ons opnemen :		CNP Santander Insurance Life DAC / CNP Santander Insurance Europe DAC klantenservice@be.cnpsantander.com 09 235 51 13	