

Aangifteformulier verzekering overlijden

(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 **het ingevulde medisch attest** en **een kopie van de overlijdensakte** binnen de 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar klantenservice@be.cnpsantander.com of CNP Santander Insurance Life 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	Datum van overlijden	DD/MM/JJJJ
Bij welke ziekenkas bent u aangesloten?			
Naam		Aansluitingsnummer	
Straat + nr.		Postcode + Gemeente	

B. Contactpersoon (die het schadegeval verklaart)

Naam en voornaam			
Straat + nr.			
Gemeente		Postcode	
Telefoon			
E-mail			
Relatie met de overledene	Meeverzekerd	Notaris	Ander <i>graag toelichten</i>

C. Bijkomende informatie in geval van ongeval (Kopie proces verbaal toevoegen indien opgemaakt.)

Datum ongeval	DD/MM/JJJJ
Plaats ongeval (volledige adres : straat, nr, postcode en gemeente)	
Oorzaak ongeval	

D. Verklaring

- Ondergetekende geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om de eventuele uitkering in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening of persoonlijke lening door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance, bijkantoor in België.
- Voor het beheer van het schadedossier geeft ondergetekende uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking door de verzekeraar en zijn verwerkers van zijn/haar eigen persoonsgegevens, verstrekt in verband met deze aangifte. Ondergetekende heeft te allen tijde het recht deze toestemming in te trekken; deze handeling kan de verwerking van de aangifte beïnvloeden. Het gegevensbeschermingsbeleid, hierbij gevoegd, bevat meer informatie over de manier waarop de verzekeraar en zijn verwerkers persoonsgegevens verwerken.

Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,

Handtekening,

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

GENEESKUNDIG ATTEST

(in te vullen door de behandelende huisarts van de verzekerde
of door de geneesheer die het overlijden heeft vastgesteld)

A. Verzekerde

Naam en voornaam

B. Medische voorgeschiedenis

Welke aandoeningen staan in de medische voorgeschiedenis van patiënt(e)?

Sinds wanneer bestaan deze
aandoening(en)

DD/MM/JJJJ

DD/MM/JJJJ

DD/MM/JJJJ

DD/MM/JJJJ

C. Oorzaak van overlijden (indien bekend)

Is de patiënt overleden ten gevolge van een ziekte?

JA

NEEN

Indien ja, wat is de eerste consultatiedatum voor klachten gerelateerd aan deze
aandoening(en)?

DD/MM/JJJJ

Wat was het verloop van de aandoening(en) die het overlijden van uw patiënt(e) tot
gevolg heeft gehad?

Indien neen, wat is de oorzaak van het overlijden?

Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,

Handtekening,

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