

Déclaration de sinistre assurance incapacité de travail temporaire

(Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES. Vous pouvez également télécharger ce formulaire à partir de notre site : [www.santander.be/fr/claim/.](http://www.santander.be/fr/claim/))

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer **cette déclaration** dans les **14 jours après réception**, par e-mail à serviceclients@be.cnpsantander.com ou par courrier postal à CNP Santander Insurance Europe DAC, B.P. 31, 1160 Auderghem et d'y joindre **la preuve de l'incapacité de travail**. Une déclaration ou une attestation médicale incomplète peut retarder le règlement du dossier.

A. Assuré

Numéro du contrat			
Nom et prénom			
Date de naissance	JJ/MM/AAAA	Sexe	M F
Adresse			
Localité		Code postal	
Numéro de téléphone			
E-mail			
Après de quelle mutuelle êtes-vous affilié ?			
Nom		Numéro d'affiliation	
Adresse		Localité	

B. Information sur le sinistre

Quelle est votre profession ?				
Depuis quand l'exercez-vous ?	JJ/MM/AAAA			
Le travail consiste principalement en	Travail manuel	%	Administration	%
	Direction/surveillance	%	Voyages	%
Quels sont le nom et l'adresse de l'employeur ?				
Quelle est la date de votre premier jour d'incapacité de travail ?	JJ/MM/AAAA			
Avez-vous déjà fait appel à cette assurance ?	OUI*	NON		
*Si oui, veuillez indiquer le numéro du sinistre				

C. Déclaration

- L'assuré autorise expressément l'assureur à payer les indemnités éventuelles dans ce dossier à Santander Consumer Finance, succursale en Belgique, comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit ou son prêt personnel auprès de Santander Consumer Finance, succursale en Belgique.
- Pour la gestion du dossier sinistre, l'assuré donne son consentement explicite au traitement des données concernant sa santé par l'assureur et ses sous-traitants. L'assuré a le droit de retirer son consentement à tout moment. Cette démarche risque toutefois d'affecter la gestion du dossier sinistre. La politique de protection des données, préalablement communiquée à l'assuré, contient de plus amples informations sur le traitement par l'assureur des données à caractère personnel. Vous pouvez télécharger ce document à partir de notre site : <https://www.santander.be/fr/assurances/>

Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,

Signature de l'assuré,

À _____ Le _____

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par e-mail ou par téléphone :

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

ATTESTATION MEDICALE

(À faire remplir par votre médecin)

A. Assuré

Nom et prénom

B. Attestation médicale

En quoi consistent les plaintes ou les blessures de l'assuré?

Dates d'apparition

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

A quelle date l'assuré a-t-il fait appel pour la première fois au médecin ?

JJ/MM/AAAA

Nom et adresse du médecin

En cas d'accident, la plainte ou la blessure a-t-elle été causée directement par l'accident ?

OUI

NON

L'assuré était-il en bonne santé avant l'accident ou avant la maladie actuelle ?

OUI

NON*

*Si non, existait-il une maladie ou des suites de blessures antérieures qui ont pu avoir une influence sur les conséquences de l'accident ou de la maladie actuelle ?

Depuis quand l'assuré a-t-il cessé totalement/partiellement ses activités professionnelles et quel est le pourcentage d'incapacité ?

Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	À	%
----	------------	----	------------	---	---

Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	À	%
----	------------	----	------------	---	---

A partir de quelle date jugez-vous l'assuré à nouveau capable de reprendre complètement ses activités professionnelles ?

JJ/MM/AAAA

Y-a-t-il une possibilité qu'il subsiste une lésion permanente ? Si oui, quelle en est la nature ?

OUI*

NON

A quel endroit l'assuré séjourne-t-il pendant son incapacité ?

Maison

Hôpital

Autre,
Veillez préciser

Après de quels médecins/ spécialistes l'assuré est-il actuellement sous traitement médical ?

Médecin généraliste

Spécialiste

Nom

Nom

Adresse

Adresse

Localité

Localité

Téléphone

Téléphone

Quelle est la nature du traitement ? (Veillez inclure les médicaments prescrits)



CNP SANTANDER INSURANCE

L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé ?				OUI*	NON
*Si oui, veuillez remplir les informations suivantes.					
1. Dates	Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	
2. Qui était le médecin/ spécialiste ?					
Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,			Signature et cachet du médecin,		
À _____			Le _____		
Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par e-mail ou par téléphone :			CNP Santander Insurance Life DAC / CNP Santander Insurance Europe DAC serviceclients@be.cnpsantander.com 09 235 51 13		