

Coordonnées de la personne assurée (preneur d'assurance):

Nom et prénom: _____ Numéro du contrat: _____

Date de naissance: _____

Détails de la personne qui fait la déclaration:

Vérifiez si vous êtes: la personne assurée famille (veuillez indiquer le degré de relation _____)
ou une personne non liée

Nom et prénom: _____

Coordonnées:

Adresse: _____

Localité: _____ Code postal: _____

E-mail: _____ Numéro de téléphone: _____

Sinistre d'assurance:

Date du sinistre: JJ /MM /AAAA _____

Type de sinistre: **Décès** **Incapacité de Travail Temporaire**
Chômage Involontaire **Maladie Grave** **Invalidité Permanente Totale**

Description du sinistre: _____

Déclaration:

L'assuré autorise expressément l'assureur à payer les indemnisations éventuelles dans ce dossier à Open Bank, S.A., succursale en Belgique, comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit ou son prêt personnel auprès de Open Bank, S.A., succursale en Belgique.

Date

Signature de la personne qui fait la réclamation



UNIQUEMENT POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE/ INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE/ MALADIE GRAVE

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/>

Date

Signature de la personne qui fait la réclamation



B. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ATTESTATION MEDICALE (1)
(À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

Assuré:

Nom et prénom:

Attestation médicale:

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

Dates d'apparition

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

Nom et adresse du médecin:

E-mail:

Numéro de téléphone:

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:	AU:	À:	%
DU:	AU:	À:	%

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

Y-a-t-il une possibilité qu'il subsiste une lésion permanente ?

OUI

NON

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

Maison

Hôpital

Autre,
Veuillez préciser

L'incapacité de travailler est-elle:

temporaire

permanente

B. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ATTESTATION MEDICALE (2)
(À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

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

Médecin généraliste:	Spécialiste:
Nom: _____	Nom: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Localité: _____	Localité: _____
Téléphone: _____	Téléphone: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

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

L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé ?
*Si oui, veuillez remplir les informations suivantes.

OUI

NON

- Dates DU: _____ AU: _____
- Qui était le médecin/ spécialiste ?

Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,

À _____ Le _____

Signature et cachet du médecin



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

CNP Santander Insurance Europe DAC
contact@cnp santander.be
+32 9 235 51 13