

## Contactgegevens van de verzekerde (verzekeringnemer):

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_ Contractnummer: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: \_\_\_\_\_

## Gegevens van de persoon die de aangifte indient:

Controleer of u bent: een verzekerde persoon een familie (graad van verwantschap) \_\_\_\_\_  
of een niet-verwante persoon

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_

## Contactgegevens:

Adres: \_\_\_\_\_

Plaats: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

## Schadegeval:

Schadedatum: \_\_\_\_\_ DD /MM /JJJJ:

Type schadegeval:

**TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID****OVERLIJDEN****ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK****BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT****ERNSTIGE ZIEKTE**

Beschrijving van de gebeurtenis: \_\_\_\_\_

## Verklaring:

De verzekerde machtigt de verzekeraar uitdrukkelijk om in dit geval een eventuele schadevergoeding uit te keren aan Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van zijn kredietlijn of persoonlijke lening bij Santander Consumer Finance, bijkantoor in België.

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Handtekening van de persoon die de claim indient

### ALLEEN VOOR TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID / BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT / ERNSTIGE ZIEKTE

Voor het beheer van het schadedossier geven de verzekerden uitdrukkelijk toestemming voor de verwerking van gegevens over hun gezondheid door de verzekeraar en zijn onderaannemers. De verzekerde heeft het recht om zijn of haar toestemming op elk moment in te trekken. Deze aanpak kan echter een impact hebben op het beheer van het schadedossier. Het gegevensbeschermingsbeleid, dat vooraf aan de verzekerde werd meegedeeld, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. U kunt dit document downloaden van onze website: <https://www.santander.be/nl/assurances/>

\_\_\_\_\_  
Datum\_\_\_\_\_  
Handtekening van de persoon die de claim indient

## B. Informatie over de aanvraag van een ernstige ziekte

Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde op dit moment in behandeling?

Huisarts:	Specialist:
Naam: _____	Naam: _____
Adres: _____	Adres: _____
Plaats: _____	Plaats: _____
Telefoon: _____	Telefoon: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

1. Datum van de initiële diagnose van de ernstige ziekte: DD /MM /JJJJ

2. Type van ernstige ziekte:

**Kwaadaardige tumor (tumor)**

**Hartinfarct**

**Beroerte**

**Nierfalen**

**Orgaantransplantatie**

3. Korte beschrijving van de ziekte:

**\*Gelieve de medische documenten met betrekking tot een ernstige ziekte bij te voegen.  
De definities met betrekking tot ernstige ziekten zijn opgenomen in de artikelen 1.14A tot en met 1.14E van de Algemene Verzekeringsvoorwaarden.**

**Gecertificeerd oprecht, authentiek en waarheidsgetrouw,**

Op \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Handtekening en stempel van de arts



**Als u nog vragen heeft, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen via e-mail of telefoon:**

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