



ASSURANT®

## Aangifteformulier verzekering overlijden

Wij verzoeken u dit aangifteformulier samen met het ingevulde medische attest en een kopie van de overlijdensakte binnen 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld per e-mail terug te sturen naar [info.be@assurant.com](mailto:info.be@assurant.com). Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of geneeskundig attest kan de afhandeling vertragen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoonnummer 078/48 38 57 of e-mail naar [info.be@assurant.com](mailto:info.be@assurant.com) contact met ons opnemen.

1. Contractnummer : \_\_\_\_\_

2. Naam en voornaam van de verzekerde: \_\_\_\_\_

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

Postcode, woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ Geslacht :  M  V

Datum van overlijden : \_\_\_\_\_

### Vragen 3.1. t/m 3.2. beantwoorden bij een ongeval. Kopie proces-verbaal toevoegen indien opgemaakt.

3.1 Plaats van het ongeval : \_\_\_\_\_

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

Datum : \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur

3.2 Wat is de oorzaak van het ongeval?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ondergetekende geeft uitdrukkelijk toestemming aan Open Bank, S.A., bijkantoor in België, de verzekeraar en Assurant Europe Services, de administrateur, om alle verkregen informatie, met inbegrip van alle medische informatie, te gebruiken voor zover dit nodig is voor het beheer en de afhandeling van het dossier. Ondergetekende, erfgenaam van de verzekerde, geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om de eventuele uitkering in dit dossier uit te betalen aan Open Bank, S.A., bijkantoor in België als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening / persoonlijke lening door de verzekerde afgesloten bij Open Bank, S.A., bijkantoor in België.

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening en hoedanigheid : \_\_\_\_\_

te \_\_\_\_\_ op \_\_\_\_\_

Assurant Europe Life Insurance N.V.

KvK-nummer 72959312

Postbus 22542, 1100 DA Amsterdam, Nederland



ASSURANT®

**GENEESKUNDIG ATTEST**

**(laten invullen door de behandelende huisarts van de verzekerde  
of door de geneesheer die het overlijden heeft vastgesteld)**

Naam verzekerde: \_\_\_\_\_

**Oorzaak van overlijden**  
**(Gelieve zo gedetailleerd als mogelijk te antwoorden binnen de grenzen van uw beroepsgeheim)**

Wat is de datum van overlijden van patiënt(e)?

\_\_\_\_\_

Wat is de oorzaak van overlijden van patiënt(e)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wanneer werd de diagnose gesteld?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ingevuld naar mijn beste weten en naar waarheid:

Handtekening en stempel geneesheer:

te \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_