



Déclaration de sinistre assurance décès

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer cette déclaration de sinistre accompagnée d'une attestation médicale dûment complétée et d'un acte de décès, dans les 14 jours dès réception par email à info.be@assurant.com ou par courrier postal à Uitbreidingstraat 84, 3de verdieping, B-2600 Berchem. Une déclaration ou une attestation médicale incomplète peut retarder le règlement du dossier. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au numéro 078/48 38 57 ou par email sur info.be@assurant.com.

1. Numéro du contrat : _____

2. Nom et prénom de l'assuré : _____

Adresse : _____

Code postal et localité : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

Date de décès : _____

Veillez toujours compléter les questions 3.1 à 3.2 en cas d'accident. Ajoutez une copie du rapport de police.

3.1 Lieu de l'accident : _____

Adresse : _____

: _____

Date : _____ à _____ heure

4.2 Quelles sont les causes de l'accident ?

Le soussigné autorise expressément Santander Consumer Finance Benelux B.V. et l'assureur à traiter les informations procurées, y compris toutes informations médicales, pour la gestion et la finalisation du dossier sinistre. Le soussigné, héritier de l'assuré, autorise expressément l'Assureur à payer les indemnités éventuelles dans ce dossier à Santander Consumer Finance Benelux B.V. en remboursement dans le cadre de la ligne de crédit / du prêt personnel de l'assuré conclu(e) auprès de Santander Consumer Finance Benelux B.V.

Complété à ma meilleure connaissance et conforme à la vérité,

Signature et capacité :

à _____ le _____

London General Life Company Limited, Succursale Belge, compagnie de The Warranty Group
Numéro d'entreprise BE 0477 517 439 - FSMA n° : 2197

Adresse postale : Uitbreidingstraat 84, 3ième étage, B-2600 Berchem

Siège Social: Twenty Kingston Road, Staines-upon-Thames, Surrey TW18 4LG, United Kingdom
Société de droit anglais, au capital de 5.250.000,00 livre sterling, immatriculée sous le n°2443666
Autorisée et réglementée par l'Autorité de Régulation Britannique (PRA) et réglementée
par l'Autorité de Conduite Financière Britannique (FCA) sous le n°202801

ATTESTATION MEDICALE

(à faire remplir par le médecin traitant de l'assuré ou par le médecin ayant constaté le décès)

Nom de l'assuré : _____

Cause du décès

(Veuillez répondre aussi détaillé que possible dans les limites de votre secret professionnel)

Quelle est la date de décès du patient ?

Quelle est la cause du décès du patient ?

Complété à ma meilleure connaissance et conformément à la vérité

Signature et cachet du médecin :

à _____ le _____
