

Déclaration de sinistre assurance décès

Nous vous prions de bien vouloir **renvoyer cette déclaration de sinistre ensemble avec l'attestation médicale, dûment complétées, dans les 14 jours dès réception à CNP Santander Insurance Life DAC, B.P. 31, 1160 à Auderghem** et d'y joindre une copie de l'acte de décès. 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 09/ 235 51 13 ou par mail sur serviceclients@be.cnpsantander.com.

1. Numéro du contrat : _____

2. Nom et prénom de l'assuré : _____

Adresse : _____

Code postal et localité : _____

Téléphone : _____ / _____

Date de naissance : _____ Sexe : M V

Date de décès : _____

3.1. Auprès de quelle mutuelle l'assuré était-il affilié ?

Nom : _____

Adresse : _____

Localité : _____

Numéro d'affiliation : _____

VIGNETTE MUTUELLE

Veillez toujours compléter les questions 4.1. à 4.2. en cas d'accident

4.1 Place et date d'accident : Adresse : _____

Localité : _____

Date : _____ à _____ H

Ajoutez une copie du rapport de police

4.2 Quelles sont les causes de l'accident ? _____

Le soussigné 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 ligne de crédit / du prêt personnel de l'assuré auprès de Santander Consumer Finance Benelux B.V.

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. Ce document peut être obtenu par email adressé à dataprotectionoffice@cnpsantander.com.

Complété à ma meilleure connaissance et conforme à la vérité,

Signature et capacité :

à _____ le _____

ATTESTATION MEDICALE

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

Nom de l'assuré:

Historique médicale:

1. Quelles maladies sont indiquées dans le dossier médical du patient?

.....
.....
.....

2. Quelles sont les dates d'apparition de cette/ces maladie(s)?

.....
.....
.....

Raison du décès (si connu)

1. Quelle est la cause du décès du patient?

.....
.....
.....

2. Quel était le développement de cette maladie qui a causé le décès du patient?

.....
.....
.....

3. Quelle était la première date de consultation concernant cette/ces maladie(s)?

.....
.....
.....

Complété à ma meilleure connaissance et conformément à la vérité

Signature et cachet du médecin:

à _____ le _____