



CNP SANTANDER INSURANCE

Déclaration de sinistre assurance incapacité de travail temporaire

Nous vous prions de bien vouloir **renvoyer cette déclaration dans les 14 jours dès réception à CNP Santander Insurance Europe DAC, B.P. 31, 1160 à Auderghem** et d'y joindre la preuve de l'incapacité de travail. 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, prénom de l'assuré : _____

Adresse : _____

Code postal, localité, tél. : _____

Date de naissance : _____ sexe M F

3.1. Quelle est votre profession ? : _____

3.2. Depuis quand l'exercez-vous ? : _____

3.3. Le travail consiste principalement en : travail manuel% administration%

direction surveillance% voyages%

4.1. Avez-vous demandé/ reçu une allocation? oui, notamment: _____ non

4.2. Quel est le nom et l'adresse de l'employeur? _____

4.3. Auprès de quelle mutuelle êtes-vous affilié ?

Nom : _____

Adresse : _____

Localité : _____

Numéro d'affiliation. : _____

VIGNETTE MUTUELLE

5.1. Avez-vous déjà fait appel à cette assurance ? non oui numéro du sinistre _____

6.1. Quelle est la date de votre premier jour d'incapacité de travail ? _____

L'assuré autorise expressément l'assureur à payer les indemnités éventuelles dans ce dossier à Santander Consumer Finance Benelux B.V. comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit / son prêt personnel 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 de l'assuré :

à _____ le _____

CNP Santander Insurance Life DAC, Registered in Ireland with company registration number 488063 and CNP Santander Insurance Europe DAC, Registered in Ireland with company registration number 488062 are regulated by the Central Bank of Ireland. Registered Office: 2nd Floor, Three Park Place, Hatch Street, Dublin 2.

Directors (CNP Santander Insurance Life DAC and CNP Santander Insurance Europe DAC): Joaquín Capdevila Coromina (Spanish), Manfred Hick (German), Anthony Beckwith (UK), Pierre Nicolas Carissan, Thomas Chardonnel, Olivier Pekmezian, Yves Couturier (All French), Gerry Murphy, Kevin O' Brien



CNP SANTANDER INSURANCE

ATTESTATION MEDICALE

(à faire remplir par votre médecin)

NOM DE L'ASSURE : _____

1.1. De quels troubles / blessures se plaint l'assuré?

Depuis: _____

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

Nom et adresse du médecin :

1.3. En cas d'accident, le trouble / la blessure a-t-elle été causée directement par l'accident? non oui

1.4. L'assuré était-il en bonne santé avant l'accident ou avant la maladie actuelle? non oui

1.5. Si non, existait-il une maladie ou des suites de blessures antérieures qui puissent avoir quelque influence sur les conséquences de l'accident ou de la maladie actuelle ?

1.6. 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 _____ %.

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

1.8. Y-a-t-il une possibilité qu'il subsiste une lésion permanente? Si oui, quelle en est la nature ?

1.9. A quelle endroit l'assuré séjourne t-il (à la maison, à l'hôpital ou ailleurs) ?



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

* Médecin généraliste

nom : _____

adresse : _____

localité : _____

téléphone : _____

* Spécialiste

nom : _____

spécialité : _____

adresse : _____

localité : _____

2.2. Quelle est la nature du traitement ?

2.3. Quels sont les médicaments prescrits?

3.1. L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé?

non oui

3.2. Si oui, du _____ au _____

Qui était le médecin/ spécialiste?

Complété à ma meilleure connaissance et confortement à la vérité,

Signature et cachet du médecin :

à _____ le _____
