

## Aangifteformulier verzekering tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Wij verzoeken u dit aangifteformulier samen met een bewijs van arbeidsongeschiktheid **binnen 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar CNP Santander Insurance Europe DAC, P.B. 31, 1160 Oudergem**. Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of geneeskundig attest kan de afhandeling vertragen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoonnummer 09/ 235 51 13 of e-mail [klantenservice@be.cnpsantander.com](mailto:klantenservice@be.cnpsantander.com) contact met ons opnemen.

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

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

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

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

Telefoon: \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_ geslacht : M V

3.1. Wat is uw beroep? : \_\_\_\_\_

3.2. Sinds wanneer oefent u dit uit? \_\_\_\_\_

3.3. Het werk bestaat hoofdzakelijk uit:  handenarbeid ..... %  administratie ..... %  
 leidinggeven/toezichhouden ..... %  reizen ..... %

4.1. Heeft u een uitkering aangevraagd / verkregen?  ja, meer bepaald : \_\_\_\_\_  nee

4.2. Wat is de naam en het adres van de werkgever? \_\_\_\_\_

4.3. Bij welke ziekenkas bent u aangesloten?

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

Straat + nr. : \_\_\_\_\_

Stad : \_\_\_\_\_

Aansluitingsnummer : \_\_\_\_\_

**KLEEFBRIEFJE ZIEKENFONDS**

5.1 Heeft u reeds eerder een beroep gedaan op deze verzekering ?  nee  ja schadenummer: \_\_\_\_

6.1 Wat is uw eerste ziekte dag? \_\_\_\_\_

De verzekerde geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om eventuele uitkeringen in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance Benelux B.V. als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening / lening op afbetaling door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance Benelux B.V.

Voor het beheer van het schadedossier geeft de verzekerde zijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over diens gezondheid door de verzekeraar en zijn verwerkers. De verzekerde heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken; deze handeling kan echter het beheer van het schadedossier beïnvloeden. Het gegevensbeschermingsbeleid, zoals eerder gecommuniceerd aan de verzekerde, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. Dit document kan worden verkregen door het versturen van een e-mail naar [dataprotectionoffice@cnpsantander.com](mailto:dataprotectionoffice@cnpsantander.com).

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening van de verzekerde :

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

**GENEESKUNDIG ATTEST**

**(laten invullen door uw geneesheer)**

NAAM EN VOORNAAM VERZEKERDE : \_\_\_\_\_

1.1 Waaruit bestaan de klachten of letsels van de verzekerde?

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

Sinds: \_\_\_\_\_

1.2 Op welke datum heeft de verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

\_\_\_\_\_

Naam en adres van de geneesheer :

\_\_\_\_\_

1.3 In geval van een ongeval, is de klacht of letsel, rechtstreeks door het ongeval veroorzaakt?  nee  ja

1.4 Verkeerde de verzekerde in goede gezondheid voor het ongeval of voor zijn huidige ziekte?  nee  ja

1.5 Zoniet, was er een ziekte of waren er blijvende letsels van vorige verwondingen die invloed hebben op het huidige letsel of de huidige ziekte-toestand?

\_\_\_\_\_

1.6 Sinds wanneer heeft de verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel / gedeeltelijk gestaakt en voor welk percentage acht u hem ongeschikt ?

Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ voor \_\_\_\_\_ %.

Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_ voor \_\_\_\_\_ %.

1.7 Met ingang van welke datum acht u de verzekerde weer volledig arbeidsgeschikt?

\_\_\_\_\_

1.8 Is er kans op blijvend letsel en zo ja, wat is de aard hiervan?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

1.9 Waar verblijft de verzekerde (thuis, ziekenhuis of elders)?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2.1 Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde momenteel in behandeling ?

\* **Huisarts**

naam : \_\_\_\_\_

adres : \_\_\_\_\_

woonplaats : \_\_\_\_\_

telefoon : \_\_\_\_\_

\* **Specialist**

naam : \_\_\_\_\_

specialisatie : \_\_\_\_\_

adres : \_\_\_\_\_

woonplaats : \_\_\_\_\_

2.2 Waaruit bestaat de behandeling ?

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

2.3 Welke geneesmiddelen werden voorgeschreven ?

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

3.1 Heeft de verzekerde vroeger reeds aan dezelfde klachten geleden?  nee  ja

3.2 Zo ja, van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

Wie was toen de behandelende arts/specialist?

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

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening en stempel geneesheer:

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