

## 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 terug te sturen naar CNP Santander Insurance Life 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  
Datum van overlijden : \_\_\_\_\_

### 3.1 Bij welke ziekenkas bent u aangesloten?

Naam : \_\_\_\_\_  
Straat + nr. : \_\_\_\_\_  
Stad : \_\_\_\_\_  
Aansluitingsnummer : \_\_\_\_\_

**KLEEFBRIEFJE ZIEKENFONDS**

### Vragen 4.1. t/m 4.2. beantwoorden bij een ongeval

- 4.1 Plaats en datum van het ongeval : straat : \_\_\_\_\_  
stad : \_\_\_\_\_  
datum : \_\_\_\_\_ om \_\_\_\_\_ uur

Kopie proces verbaal toevoegen indien opgemaakt.

- 4.2 Wat is de oorzaak van het ongeval ? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ondergetekende, erfgenaam van de verzekerde, geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om de eventuele uitkering in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance Benelux B.V. als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening / persoonlijke lening 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 de behandelende huisarts van de verzekerde of door de geneesheer die het overlijden heeft vastgesteld)

NAAM VERZEKERDE : \_\_\_\_\_

**Medische voorgeschiedenis**

1. Welke aandoeningen staan in de medische voorgeschiedenis van patiënt(e)?

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

2. Sinds wanneer bestaan deze aandoening(en)?

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

**Oorzaak van overlijden (indien bekend)**

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

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

2. Wat is het verloop van de aandoening(en) die het overlijden van uw patiënt(e) tot gevolg heeft gehad?

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

3. Wat is de eerste consultatiedatum voor (klachten gerelateerd aan) deze aandoening(en)?

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

Ingevuld naar mijn beste weten en naar waarheid:

Handtekening en stempel geneesheer:

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

\_\_\_\_\_