

## DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE DÉCÈS

(Veuillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES. Vous pouvez également télécharger ce formulaire à partir de notre site : [www.santander.be/fr/claim/.](http://www.santander.be/fr/claim/))

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer cette **déclaration de sinistre** accompagnée d'une **copie de l'acte de décès** et de **l'attestation médicale**, le tout dûment complété, dans les 14 jours après réception, par e-mail à [serviceclients@be.cnpsantander.com](mailto:serviceclients@be.cnpsantander.com) ou par courrier postal à CNP Santander Insurance Life DAC, B.P. 31, 1160 Auderghem. Une déclaration ou une attestation médicale incomplète peut retarder le règlement du dossier.

### A. Assuré

Numéro du contrat			
Nom et prénom			
Date de naissance	JJ/MM/AAAA	Date de décès	JJ/MM/AAAA
Après de quelle mutuelle l'assuré était-il affilié ?			
Nom		Numéro d'affiliation	
Adresse		Localité	

### B. Personne de contact (qui déclare le sinistre)

Nom et prénom			
Adresse			
Localité		Code postal	
Numéro de téléphone			
E-mail			
Relation avec l'assuré	Coassuré	Notaire	Autre, <i>Veuillez préciser</i>

### C. Information complémentaires en cas d'accident (Joindre une copie du rapport de police éventuel)

Date de l'accident	JJ/MM/AAAA
Lieu de l'accident (Adresse complète : rue, n°, code postal et localité)	
Causes de l'accident	

### D. Déclaration

- 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 ou 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 e-mail adressé à [dataprotectionofficer@cnpsantander.com](mailto:dataprotectionofficer@cnpsantander.com).

Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,

Signature,

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au :

**CNP Santander Insurance Life DAC /  
CNP Santander Insurance Europe DAC  
serviceclients@be.cnpsantander.com  
09 235 51 13**

## ATTESTATION MEDICALE

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

### A. Assuré

Nom et prénom

### B. Historique médical

Maladies indiquées dans le dossier médical du patient

Dates d'apparition de cette/ces maladie(s)

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

### C. Raison du décès (si connu)

Le patient est-il décédé des suites d'une maladie ?

OUI

NON

Si oui, quelle est la date de première consultation au sujet de cette/ces maladie(s) ?

JJ/MM/AAAA

Quelle est l'évolution de la maladie qui a causé le décès du patient ?

Si non, quelle est la cause du décès ?

Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,

Signature,

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au :

**CNP Santander Insurance Life DAC /  
CNP Santander Insurance Europe DAC**  
serviceclients@be.cnpsantander.com  
09 235 51 13