

Déclaration de sinistre assurance incapacité de travail temporaire

(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** dans les 14 jours après réception, par e-mail à serviceclients@be.cnpsantander.com ou par courrier postal à CNP Santander Insurance Life DAC, B.P. 31, 1160 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.

A. Assuré

Numéro du contrat				
Nom et prénom				
Date de naissance	JJ/MM/AAAA	Sexe	M	F
Adresse				
Localité		Code postal		
Numéro de téléphone				
E-mail				
Après de quelle mutuelle êtes-vous affilié ?				
Nom		Numéro d'affiliation		
Adresse		Localité		

B. Information sur le sinistre

Quelle est votre profession ?				
Depuis quand l'exercez-vous ?	JJ/MM/AAAA			
Le travail consiste principalement en	Travail manuel	%	Administration	%
	Direction/surveillance	%	Voyages	%
Quels sont le nom et l'adresse de l'employeur ?				
Quelle est la date de votre premier jour d'incapacité de travail ?	JJ/MM/AAAA			
Avez-vous déjà fait appel à cette assurance ?	OUI*	NON		
*Si oui, veuillez indiquer le numéro du sinistre				

C. Déclaration

- 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 ou 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 e-mail adressé à dataprotectionofficer@cnpsantander.com.

Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,

Signature de l'assuré,

À _____ Le _____

Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par e-mail ou par téléphone :

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

ATTESTATION MEDICALE

(À faire remplir par votre médecin)

A. Assuré

Nom et prénom

B. Attestation médicale

En quoi consistent les plaintes ou les blessures de l'assuré?

Dates d'apparition

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

JJ/MM/AAAA

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

JJ/MM/AAAA

Nom et adresse du médecin

En cas d'accident, la plainte ou la blessure a-t-elle été causée directement par l'accident ?

OUI

NON

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

OUI

NON*

*Si non, existait-il une maladie ou des suites de blessures antérieures qui ont pu avoir une influence sur les conséquences de l'accident ou de la maladie actuelle ?

Depuis quand l'assuré a-t-il cessé totalement/partiellement ses activités professionnelles et quel est le pourcentage d'incapacité ?

Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	À	%
----	------------	----	------------	---	---

Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	À	%
----	------------	----	------------	---	---

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

JJ/MM/AAAA

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

OUI*

NON

A quel endroit l'assuré séjourne-t-il pendant son incapacité ?

Maison

Hôpital

Autre,
Veillez préciser

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

Médecin généraliste

Spécialiste

Nom	Nom
Adresse	Adresse
Localité	Localité
Téléphone	Téléphone

Quelle est la nature du traitement ? (Veillez inclure les médicaments prescrits)



CNP SANTANDER INSURANCE

L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé ?				OUI*	NON
*Si oui, veuillez remplir les informations suivantes.					
1. Dates	Du	JJ/MM/AAAA	Au	JJ/MM/AAAA	
2. Qui était le médecin/ spécialiste ?					
Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,			Signature et cachet du médecin,		
À _____			Le _____		
Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter par e-mail ou par téléphone :			CNP Santander Insurance Life DAC / CNP Santander Insurance Europe DAC serviceclients@be.cnpsantander.com 09 235 51 13		