

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 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, succursale en Belgique, en remboursement dans le cadre de ligne de crédit ou du prêt personnel de l'assuré auprès de Santander Consumer Finance, succursale en Belgique.
- Pour la gestion du sinistre, le soussigné donne son consentement explicite au traitement par l'assureur et ses sous-traitants de ses propres données personnelles, fournies en rapport avec la présente déclaration. Le soussigné 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, ci-jointe, contient de plus amples informations sur le traitement par l'assureur et ses sous-traitants des données à caractère personnel.

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