

## Déclaration de sinistre assurance décès

Nous vous prions de bien vouloir renvoyer cette déclaration de sinistre ensemble avec l'attestation médicale, dûment complétées, dans les 14 jours dès réception à [info.be@assurant.com](mailto:info.be@assurant.com) et d'y joindre une copie de l'acte de décès. Une déclaration ou une attestation médicale incomplète peut retarder le règlement du dossier. Si vous avez des questions supplémentaires, n'hésitez pas à nous contacter au numéro 078/48 38 57 ou par mail sur [info.be@assurant.com](mailto:info.be@assurant.com).

1. Numéro du contrat : \_\_\_\_\_

2. Nom et prénom de l'assuré : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal et localité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe :  M  F

Date de décès : \_\_\_\_\_

**Veillez toujours compléter les questions 3.1 à 3.2 en cas d'accident. Ajoutez une copie du rapport de police.**

3.1 Lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

: \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ heure

4.2 Quelles sont les causes de l'accident ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Le soussigné autorise expressément Santander Consumer Finance, succursale en Belgique et l'assureur à traiter les informations procurées, y compris toutes informations médicales, pour la gestion et la finalisation du dossier sinistre. Le soussigné, héritier de l'assuré, 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 la ligne de crédit / du prêt personnel de l'assuré conclu(e) auprès de Santander Consumer Finance, succursale en Belgique

Complété à ma meilleure connaissance et conforme à la vérité,

Signature et capacité :

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

<b>ATTESTATION MEDICALE</b>
-----------------------------

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

Nom de l'assuré : \_\_\_\_\_

**Cause du décès**  
**(Veuillez répondre aussi détaillé que possible dans les limites de votre secret professionnel)**

Quelle est la date de décès du patient ?

\_\_\_\_\_

Quelle est la cause du décès du patient ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complété à ma meilleure connaissance et conformément à la vérité

Signature et cachet du médecin :

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_