

Aangifteformulier verzekering tijdelijke arbeidsongeschiktheid

(Gelieve het formulier met hoofdletters in te vullen. U kunt dit formulier ook downloaden van onze website: www.santander.be/nl/claim)

Wij verzoeken u **dit aangifteformulier** samen met een **bewijs van arbeidsongeschiktheid** binnen de 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar contact@cnp santander.be of CNP Santander Insurance Europe DAC, B.P. 31, 1160 Oudergem. Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of geneeskundig attest kan de afhandeling vertragen.

A. Verzekerde

Contractnummer			
Naam en voornaam			
Geboortedatum	DD/MM/JJJJ	Geslacht	M V
Adres			
Gemeente		Postcode	
Telefoon			
E-mail			
Bij welke ziekenkas bent u aangesloten?			
Naam		Aansluitingsnummer	
Straat + nr.		Postcode & Gemeente	

B. Informatie aangaande het schadegeval

Wat was uw beroep?				
Sinds wanneer oefent u dit uit?	DD/MM/JJJJ			
Het werk bestaat hoofdzakelijk uit	Handenarbeid	%	Administratie	%
	Leiding geven/toezicht houden	%	Reizen	%
Wat zijn de naam en het adres van de werkgever?				
Wat is uw eerste ziekte dag?	DD/MM/JJJJ			
Hebt u reeds eerder een beroep gedaan op deze verzekering ?	JA *		NEE	
* Indien ja, vermeld het schadenummer				

C. Verklaring

De verzekerde geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om eventuele uitkeringen in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening of lening op afbetaling door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance, bijkantoor in België.

Voor het beheer van het shadedossier geeft de verzekerde zijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over diens gezondheid door de verzekeraar en zijn werkers. De verzekerde heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Deze handeling kan echter het beheer van het shadedossier beïnvloeden. Het gegevensbeschermingsbeleid, zoals eerder gecommuniceerd aan de verzekerde, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. U kunt dit document ook downloaden van onze website: <https://www.santander.be/nl/verzekeringen/>.

Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,

Handtekening van de verzekerde,

Te _____ Op _____

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoon of e-mail contact met ons opnemen:

CNP Santander Insurance Life DAC /
CNP Santander Insurance Europe DAC
contact@cnp santander.be
09 235 51 13

GENEESKUNDIG ATTEST

(in te vullen door uw geneesheer)

A. Verzekerde						
Naam en voornaam						
B. Geneeskundig Attest						
Waaruit bestaan de klachten of letsels van de verzekerde?					Sinds :	
					DD/MM/JJJJ	
					DD/MM/JJJJ	
					DD/MM/JJJJ	
					DD/MM/JJJJ	
Op welke datum heeft de verzekerde zich hiervoor voor het eerst aangeboden?					DD/MM/JJJJ	
Naam en adres van de geneesheer						
In geval van een ongeval, is de klacht of het letsel rechtstreeks door het ongeval veroorzaakt?					JA	NEE
Verkeerde de verzekerde in goede gezondheid voor het ongeval of voor zijn huidige ziekte?					JA	NEE *
*Zoniet, was er een ziekte of waren er blijvende letsels van vorige verwondingen die invloed hebben op het huidige letsel of de huidige ziekte-toestand?						
Sinds wanneer heeft de verzekerde zijn beroepswerkzaamheden geheel / gedeeltelijk gestaakt en voor welk percentage acht u hem ongeschikt ?						
Van	DD/MM/JJJJ	tot	DD/MM/JJJJ	voor	%	
Van	DD/MM/JJJJ	tot	DD/MM/JJJJ	voor	%	
Met ingang van welke datum acht u de verzekerde weer volledig arbeidsgeschikt?					DD/MM/JJJJ	
Is er kans op blijvend letsel en zo ja, wat is de aard hiervan?					JA	NEE
Waar verblijft de verzekerde tijdens de ongeschiktheid?		Thuis	Ziekenhuis	Elders, <i>graag toelichten</i>		
Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde momenteel in behandeling ?						
Huisarts			Specialist			
Naam			Naam			
Adres			Adres			
Gemeente & Postcode			Gemeente & Postcode			
Telefoon			Telefoon			
Waaruit bestaat de behandeling ? (Welke geneesmiddelen werden voorgeschreven ?)						

Heeft de verzekerde vroeger reeds aan dezelfde klachten geleden?				JA*	NEE
Zo ja,	van	DD/MM/JJJJ	tot	DD/MM/JJJJ	
	Wie was toen de behandelende arts/specialist?				
Naar best vermogen en waarheidsgetrouw ingevuld,			Handtekening en stempel geneesheer,		
Te _____ Op _____			_____		
Mocht u nog vragen hebben, dan kunt u via telefoon of e-mail contact met ons opnemen :			CNP Santander Insurance Life DAC / CNP Santander Insurance Europe DAC contact@cnp Santander.be 09 235 51 13		