

## 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 [contact@cnp santander.be](mailto:contact@cnp santander.be) 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,<br><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  
contact@cnp santander.be  
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**