

## Coordonnées de la personne assurée (preneur d'assurance):

Nom et prénom: \_\_\_\_\_ Numéro du contrat: \_\_\_\_\_

Date de naissance: \_\_\_\_\_

## Détails de la personne qui fait la déclaration:

Vérifiez si vous êtes: la personne assurée famille (veuillez indiquer le degré de relation \_\_\_\_\_)  
ou une personne non liée

Nom et prénom: \_\_\_\_\_

## Coordonnées:

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

Localité: \_\_\_\_\_ Code postal: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_ Numéro de téléphone: \_\_\_\_\_

## Sinistre d'assurance:

Date du sinistre: JJ /MM /AAAA \_\_\_\_\_

Type de sinistre: **Chômage Involontaire** **Décès** **Incapacité de Travail Temporaire**  
**Maladie Grave** **Incapacité Permanente Totale**

Description du sinistre: \_\_\_\_\_

## Déclaration:

L'assuré autorise expressément l'assureur à payer les indemnités éventuelles dans ce dossier à Santander Consumer Finance, succursale en Belgique, comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit ou son prêt personnel auprès de Santander Consumer Finance, succursale en Belgique.

\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait la réclamation

### UNIQUEMENT POUR INCAPACITÉ DE TRAVAIL TEMPORAIRE/ INVALIDITÉ PERMANENTE TOTALE/ MALADIE GRAVE

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. Vous pouvez télécharger ce document à partir de notre site: <https://www.santander.be/fr/assurances/>

\_\_\_\_\_  
Date\_\_\_\_\_  
Signature de la personne qui fait la réclamation

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

Médecin généraliste:	Spécialiste:
Nom: _____	Nom: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Localité: _____	Localité: _____
Téléphone: _____	Téléphone: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

1. Date du diagnostic initial de la maladie grave:

2. Type de maladie grave:

**Tumeur maligne (tumeur)**

**Infarctus du myocarde**

**Accident vasculaire cérébral (AVC)**

**Insuffisance rénale**

**Transplantation d'organe**

3. Courte description de la maladie:

**\*Veuillez joindre les documents médicaux relatifs à une maladie grave.  
Les définitions relatives aux maladies graves sont énoncées dans les sections 1.14A à 1.14E des Conditions Générales d'Assurance.**

**Certifié sincère, authentique et conforme à la vérité,**

À \_\_\_\_\_ Le \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature et cachet du médecin



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

CNP Santander Insurance Europe DAC  
contact@cnp Santander.be  
+32 9 235 51 13