

# A. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE

contact@cnp santander.be +32 9 235 51 13

## 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:      **Décès**      **Incapacité de Travail Temporaire**  
**Chômage Involontaire**      **Maladie Grave**      **Invalidité Permanente Totale**

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

## Déclaration:

L'assuré autorise expressément l'assureur à payer les indemnisations éventuelles dans ce dossier à Open Bank, S.A., succursale en Belgique, comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit ou son prêt personnel auprès de Open Bank, S.A., 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



## B. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE

### DÉCÈS

(À FAIRE REMPLIR PAR LE MÉDECIN TRAITANT DE L'ASSURÉ OU PAR  
LE MÉDECIN AYANT CONSTATÉ LE DÉCÈS)

### ATTESTATION MEDICALE

#### Assuré:

Nom et prénom:

#### Cause du décès:

Quelle est la date de décès du patient ?

Quelle est la cause du décès du patient ?

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