



ASSURANT®

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 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.

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	:			

Veuillez 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

3.2 Quelles sont les causes de l'accident ?

Le soussigné autorise expressément Open Bank, S.A., succursale en Belgique, l'assureur et Assurant Europe Services BV, l'administrateur, à traiter toutes les informations obtenues, y compris toutes les informations médicales, dans la mesure nécessaire à la gestion et au traitement du dossier de sinistre.

Le soussigné, héritier de l'assuré, autorise expressément l'assureur à payer toute prestation de ce dossier à Open Bank, S.A., succursale en Belgique, à titre de remboursement dans le cadre de l'ouverture de crédit/prêt à tempérament en cours souscrite par l'assuré auprès de Open Bank, S.A., succursale en Belgique.

Complété à ma meilleure connaissance et conforme à la vérité,

Signature et capacité :

à _____ le _____

ATTESTATION MEDICALE

(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 _____
