



ASSURANT®

Aangifteformulier verzekering tijdelijke arbeidsongeschiktheid

Wij verzoeken u dit aangifteformulier samen met een bewijs van arbeidsongeschiktheid binnen 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar info.be@assurant.com
Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of geneeskundig attest kan de afhandeling vertragen. Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoonnummer 078/48 38 57 of e-mail naar info.be@assurant.com contact met ons opnemen.

1. Contractnummer : _____

2. Naam en voornaam van de verzekerde: _____

Adres : _____

Postcode, woonplaats : _____

Geboortedatum : _____

E-mailadres : _____

3.1. Wat is uw beroep? : _____

3.2. Sinds wanneer oefent u dit uit? : _____

4.1. Heeft u reeds eerder een beroep gedaan op deze verzekering ?

☐ Nee ☐ Ja, schadenummer: _____

5.1. Wat is uw eerste ziektedag? : _____

De verzekerde geeft uitdrukkelijk toestemming aan Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, de verzekeraar en Assurant Europe Services B.V., de administrateur, om alle verkregen informatie, met inbegrip van alle medische informatie, te behandelen en te verwerken voor zover dit nodig is voor het beheer en de afhandeling van het schadedossier. 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 / lening op afbetaling door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance, bijkantoor in België.

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening van de verzekerde: _____

te _____ op _____

Assurant Europe Insurance N.V.

KvK-nummer 72959320

Postbus 22542, 1100 DA Amsterdam, Nederland

VERKLARING VAN UITDRUKKELIJKE TOESTEMMING TOT HET VERKRIJGEN VAN INFORMATIE DIE VALT ONDER DE CATEGORIE VAN GEVOELIGE PERSOONSGEGEVENS

U heeft met ons een verzekering afgesloten met dekking in geval van arbeidsongeschiktheid, en daarom moeten wij soms gevoelige persoonsgegevens verwerken, in dit geval het ontvangen en verwerken van medische informatie. Dit is nodig voor het behandelen van de schadegevallen in het kader van de verzekeringspolis die u heeft afgesloten.

De meeste informatie die wij over u bijhouden heeft u ons zelf bezorgd of zal u ons zelf bezorgen, maar sommige informatie is mogelijk afkomstig van een andere bron, te weten uw dokter, specialisten of ziekenhuis. Als wij deze informatie van derden nodig hebben, zullen wij hiervoor op dat moment uitdrukkelijk contact met u opnemen.

Deze informatie zal door ons enkel worden gebruikt om schadegevallen onder de verzekeringsovereenkomst te behandelen. Deze informatie is enkel toegankelijk voor onze personeelsleden en de personeelsleden van Santander Consumer Finance, bijkantoor in België en van Assurant Europe Services, de administrateur die wij hebben ingeschakeld voor de behandeling van de schadegevallen, die rechtstreeks betrokken zijn bij de behandeling van uw schadedossier, en de adviserende geneesheer van Assurant Europe Services.

Deze informatie valt onder de wetgeving inzake gegevensbescherming en valt onder de categorie "Gevoelige persoonsgegevens". Om deze informatie van u te verkrijgen en te mogen gebruiken om uw schadegeval te kunnen behandelen, hebben wij daarom uw uitdrukkelijke toestemming nodig. Wij vragen u daarom om onderstaand vakje aan te vinken en deze verklaring te ondertekenen als bevestiging dat u hiermee akkoord gaat.

U hebt het recht om uw toestemming op elk gewenst moment terug in te trekken. Als u geen toestemming verleent om uw gegevens te gebruiken of uw toestemming terug intrekt, zullen wij ons houden aan de wetgeving inzake gegevensbescherming, maar dit kan van invloed zijn op de behandeling van uw schadegeval.

☐ **Ik verklaar met bovenstaande akkoord te gaan.**

Voor- en achternaam van de verzekerde:

Handtekening:

Datum:

Geneeskundige verklaring
(laten invullen door uw huisarts)

Naam en voornaam van de verzekerde: _____

1.1. Waaruit bestaan de klachten of letsels van de verzekerde?

Sinds: _____

Op welke datum heeft de verzekerde zich hiervoor voor het eerst onder geneeskundige behandeling gesteld?

Naam en adres van de geneesheer :

In geval van een ongeval, is de klacht of letsel rechtstreeks door het ongeval veroorzaakt? ☐ nee ☐ ja

1.2. Verkeerde de verzekerde in goede gezondheid voor het ongeval of voor zijn huidige ziekte? ☐ nee ☐ ja

1.3. 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 _____ tot _____ voor _____ %

Van _____ tot _____ voor _____ %

1.4. Met ingang van welke datum acht u de verzekerde weer volledig arbeidsgeschikt?

1.5. Is er kans op blijvend letsel en zo ja, wat is de aard hiervan?

1.6. Waar verblijft de verzekerde (thuis, ziekenhuis of elders)?



ASSURANT®

2.1. Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde momenteel in behandeling ?

* Huisarts

naam :

adres :

woonplaats :

telefoon :

* Specialist

naam :

specialisatie :

adres :

woonplaats :

* Specialist

naam :

specialisatie :

adres :

woonplaats :

2.2. Waaruit bestaat de behandeling ?

2.3. Welke geneesmiddelen werden voorgeschreven ?

2.4. Heeft de verzekerde vroeger reeds aan dezelfde klachten geleden? ☐ nee ☐ ja

Zo ja, van _____ tot _____

2.5. Wie was toen de behandelende arts/specialist ?

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening en stempel geneesheer:

te _____ op _____