

## 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

#### 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@cnsantander.be**  
**+32 9 235 51 13**