

Contactgegevens van de verzekerde (verzekeringnemer):

Naam en voornaam: _____ Contractnummer: _____

Geboortedatum: _____

Gegevens van de persoon die de aangifte indient:

Controleer of u bent: een verzekerde persoon een familie (graad van verwantschap) _____
of een niet-verwante persoon

Naam en voornaam: _____

Contactgegevens:

Adres: _____

Plaats: _____ Postcode: _____

E-mail: _____ Telefoonnummer: _____

Schadageval:

Schadedatum: _____ DD /MM /JJJJ:

Type schadegeval:

TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID**OVERLIJDEN****ONVRIJWILLIG VERLIES VAN WERK****BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT****ERNSTIGE ZIEKTE**

Beschrijving van de gebeurtenis: _____

Verklaring:

De verzekerde machtigt de verzekeraar uitdrukkelijk om in dit geval een eventuele schadevergoeding uit te keren aan Open Bank, S.A., bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van zijn kredietlijn of persoonlijke lening bij Open Bank, S.A., bijkantoor in België.

Datum_____
Handtekening van de persoon die de claim indient

ALLEEN VOOR TIJDELIJKE VOLLEDIGE ARBEIDSONGESCHIKTHEID / BLIJVENDE VOLLEDIGE INVALIDITEIT / ERNSTIGE ZIEKTE

Voor het beheer van het schadedossier geven de verzekerden uitdrukkelijk toestemming voor de verwerking van gegevens over hun gezondheid door de verzekeraar en zijn onderaannemers. De verzekerde heeft het recht om zijn of haar toestemming op elk moment in te trekken. Deze aanpak kan echter een impact hebben op het beheer van het schadedossier. Het gegevensbeschermingsbeleid, dat vooraf aan de verzekerde werd meegedeeld, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. U kunt dit document downloaden van onze website: <https://www.santander.be/nl/assurances/>

Datum_____
Handtekening van de persoon die de claim indient

B. Informatie over de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering (1)

Verzekerde:

Naam en achternaam:

Medisch attest:

Wat zijn de klachten of letsels van de verzekerde?

Datum van consult:

Wanneer heeft de verzekerde voor het eerst een beroep gedaan op de dokter ?

Naam en adres van de arts:

E-mail:

Telefoon:

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

JA

NEE

Was de verzekerde in goede gezondheid voor het ongeval of voor de huidige ziekte?

JA

NEE

*Zo nee, was er sprake van ziekte of de gevolgen van eerder letsel die van invloed kunnen zijn geweest op de gevolgen van het ongeval of de huidige ziekte?

Sinds wanneer heeft de verzekerde zijn of haar beroepsactiviteiten volledig/gedeeltelijk beëindigd en wat is het percentage van de arbeidsongeschiktheid?

Van:	tot:	voor:	%
Van:	tot:	voor:	%

Vanaf welke datum kunt de verzekerde volgens u zijn of haar beroepsactiviteiten volledig hervatten?

Is er een mogelijkheid dat er nog steeds blijvend letsel is?

JA

NEE

Waar verblijven de verzekerden tijdens hun arbeidsongeschiktheid?

Huis

Ziekenhuis

Ander

Is het onvermogen om te werken:

tijdelijk

permanent

B. Informatie over de aanvraag van de arbeidsongeschiktheidsverzekering (2)

Bij welke artsen/specialisten is de verzekerde op dit moment in behandeling?

Huisarts:	Specialist:
Naam: _____	Naam: _____
Adres: _____	Adres: _____
Plaats: _____	Plaats: _____
Telefoon: _____	Telefoon: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

Waaruit bestaat de behandeling ? (Welke geneesmiddelen werden voorgeschreven ?)

Heeft de verzekerde eerder aan dezelfde klachten geleden?
*Zo ja, vul dan de volgende gegevens in.

JA

NEE

1. Datum: Van _____ tot: _____

2. Wie was toen de behandelende arts/specialist?

Gecertificeerd oprecht, authentiek en waarheidsgetrouw,

Op _____ de _____

_____ 
Handtekening en stempel van de arts

Als u nog vragen heeft, aarzel dan niet om contact met ons op te nemen via e-mail of telefoon:

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