

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



CNP SANTANDER INSURANCE

B. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE INCAPACITÉ DE TRAVAIL

ATTESTATION MEDICALE (1)
(À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

Assuré:

Nom et prénom:

Attestation médicale:

En quoi consistent les plaintes ou les blessures de l'assuré?

Dates d'apparition

A quelle date l'assuré a-t-il fait appel pour la première fois au médecin ?

Nom et adresse du médecin:

E-mail:

Numéro de téléphone:

En cas d'accident, la plainte ou la blessure a-t-elle été causée directement par l'accident?

OUI

NON

L'assuré était-il en bonne santé avant l'accident ou avant la maladie actuelle?

OUI

NON

*Si non, existait-il une maladie ou des suites de blessures antérieures qui ont pu avoir une influence sur les conséquences de l'accident ou de la maladie actuelle ?

Depuis quand l'assuré a-t-il cessé totalement/partiellement ses activités professionnelles et quel est le pourcentage d'incapacité ?

DU:	AU:	À:	%
DU:	AU:	À:	%

A partir de quelle date jugez-vous l'assuré à nouveau capable de reprendre complètement ses activités professionnelles ?

Y-a-t-il une possibilité qu'il subsiste une lésion permanente ?

OUI

NON

A quel endroit l'assuré séjourne-t-il pendant son incapacité ?

Maison

Hôpital

Autre,
Veuillez préciser

L'incapacité de travailler est-elle:

temporaire

permanente

Après de quels médecins/ spécialistes l'assuré est-il actuellement sous traitement médical ?

Médecin généraliste:	Spécialiste:
Nom: _____	Nom: _____
Adresse: _____	Adresse: _____
Localité: _____	Localité: _____
Téléphone: _____	Téléphone: _____
E-mail: _____	E-mail: _____

Quelle est la nature du traitement ? (Veuillez inclure les médicaments prescrits)

L'assuré a-t-il déjà souffert des mêmes troubles dans le passé ?
*Si oui, veuillez remplir les informations suivantes.

OUI

NON

1. Dates DU: _____ AU: _____

2. Qui était le médecin/ spécialiste ?

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