

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: _____

Schadegeval:

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 Santander Consumer Finance, bijkantoor in België, als terugbetaling in het kader van zijn kredietlijn of persoonlijke lening bij Santander Consumer Finance, 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



CNP SANTANDER INSURANCE

MEDISCHE ATTEST

(IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELENDE ARTS VAN DE VERZEKERDE OF DOOR DE ARTS DIE HET OVERLIJDEN HEEFT VASTGESTELD)

B. Informatie over de schadeverzekering OVERLIJDEN

Verzekerde:

Naam en voornaam:

Oorzaak van overlijden:

Wat is de datum van overlijden van de patiënt?

Wat is de oorzaak van het overlijden van de patiënt?

Gecertificeerd oprecht, authentiek en waarheidsgetrouw,

Op _____ De _____

_____ 
Handtekening van de persoon die de claim indient

Mocht u nog vragen hebben dan kunt u via telefoonnummer
of e-mail contact met ons opnemen:

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