

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: **Décès** **Incapacité de Travail Temporaire**
Chômage Involontaire **Maladie Grave** **Invalidité 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

B. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE CHÔMAGE INVOLONTAIRE

Titre/poste avant le chômage:

Nom de l'ancien employeur:

Date d'entrée dans l'ancienne société:

Date d'entrée en vigueur du chômage:

Raison du chômage:

Type d'ancien emploi:

à temps plein

≥ 35 heures par semaine

à temps partiel

< 35 heures par semaine

à contrat

temporaire

travailleur indépendant

Avez-vous encore un autre emploi?:

OUI

NON

Quelle est la période de préavis?

Devez-vous prêter votre préavis?:

OUI

NON

Etes-vous inscrit auprès de l'ONEM en tant qu'ayant-droit aux allocations de chômage?
(Si oui, joindre un justificatif/ Si non, quelles sont les raisons?)

OUI

NON

Etes-vous inscrit auprès du bureau de placement et d'emploi (FOREM) en tant que
demandeur d'emploi ? (Si oui, joindre un justificatif/ Si non, quelles sont les raisons?)

OUI

NON

Etiez-vous en incapacité de travail au moment de votre licenciement?

OUI

NON

*Si oui, veuillez préciser

Avez-vous déjà fait appel à cette assurance?

OUI

NON

*Si oui, veuillez indiquer le numéro du dossier
