

A. DÉCLARATION DE SINISTRE ASSURANCE

contact@cnp santander.be +32 9 235 51 13

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 indemnisations éventuelles dans ce dossier à Open Bank, S.A., succursale en Belgique, comme remboursement dans le cadre de sa ligne de crédit ou son prêt personnel auprès de Open Bank, S.A., 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 MALADIE

ATTESTATION MEDICALE
(À FAIRE REMPLIR PAR VOTRE MÉDECIN)

Auprès 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: _____

1. Date du diagnostic initial de la maladie grave:

2. Type de maladie grave:

Tumeur maligne (tumeur)

Infarctus du myocarde

Accident vasculaire cérébral (AVC)

Insuffisance rénale

Transplantation d'organe

3. Courte description de la maladie:

**Veuillez joindre les documents médicaux relatifs à une maladie grave.*

Les définitions relatives aux maladies graves sont énoncées dans les sections 1.14A à 1.14E des Conditions Générales d'Assurance.

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@cnpssantander.be
+32 9 235 51 13