

Gegevens nabestaande**Dossiernummer:**

Achternaam en voorletter(s)

Woonplaats

Adres

Postcode

Geboortedatum

Telefoon

E-mail

Geslacht

 man vrouw

Wat is uw relatie met de overledene?

 Echtgenot(o)t(e) Partner Ouder Kind Anders, nl

IBAN

Informatie m.b.t. het overlijden

Wat is de oorzaak van het overlijden?

Is er sprake van een (verkeers-) ongeval?

 ja nee

*Indien ja, graag ontvangen wij een kopie van het proces-verbaal

Naam arts die het overlijden heeft vastgesteld

 Huisarts Specialist Anders, nl.

Was de verzekerde bij deze arts in behandeling voor de klachten waaraan verzekerde is overleden?

 ja nee

*Indien ja,

van (datum)

tot en met (datum)

Datum 1^e consult huisarts / specialist voor de klachten waaraan verzekerde is overleden:**Op te vragen informatie**

Voor de beoordeling van het dossier verzoeken wij u de aangekruiste bescheiden in te zenden:

 polis blad overlijdensakte verklaring van erfrecht proces-verbaal**Verklaring**

Ondergetekende verklaart dat hij/zij dit formulier naar waarheid heeft ingevuld en is zich ervan bewust dat de opgegeven gegevens juist en volledig moeten zijn. Als dat niet zo is, kan het betekenen dat de verzekeraar niet tot uitbetaling over hoeft te gaan.

Naam

Handtekening

nabestaande

nabestaande

Medische machtiging**Dossiernummer:**

Hierbij machtigt nabestaande van «INSForename» «INSSurname» te «INSAddress2», geboren op «STRINSDOB» en overleden op «STRCLMIncidentDate»

onderstaande artsen, om aan de medische adviseur van CNP Santander Insurance Life DAC, die inlichtingen te verstrekken, die de medische adviseur bij de beoordeling inzake het overlijden van «INSForename» «INSSurname» noodzakelijk acht.

Ondergetekende is ermee bekend dat het verstrekken van informatie door onderstaande arts(en) tot gevolg kan hebben dat de verzekeraar niet tot uitbetaling hoeft over te gaan.

Naam huisarts

Adres

Postcode

Woonplaats

Telefoon

Naam specialist

Adres

Postcode

Woonplaats

Specialisme

Telefoon

Naam specialist

Adres

Postcode

Woonplaats

Specialisme

Telefoon

Ondertekening:

te

Datum

Naam
nabestaande

Relatie

Handtekening
nabestaande