

## Aangifteformulier verzekering overlijden

(Vul het formulier met hoofdletters in. U kunt dit formulier ook downloaden van onze site: [www.santander.nl/claim/](http://www.santander.nl/claim/) )

Wij verzoeken u **dit aangifteformulier** samen met **het ingevulde medische attest** en een **kopie van de overlijdensakte** binnen 14 dagen na ontvangst volledig ingevuld terug te sturen naar [klantenservice@nl.cnpsantander.com](mailto:klantenservice@nl.cnpsantander.com) of CNP Santander Insurance Life DAC, B.P. 31, 1160 Oudergem. Een onvolledig ingevuld aangifteformulier of medische attest kan de afhandeling vertragen.

### A. Verzekerde

Contractnummer					
Naam en voornaam			Geslacht	M	V
Geboortedatum	DD/MM/JJJJ	Datum van overlijden	DD/MM/JJJJ		

### B. Contactpersoon (die het schadegeval verklaart)

Naam en voornaam			Geslacht	M	V
Adres					
Stad		Postcode			
Telefoon					
E-mail					
Relatie met de overledene	Meeverzekerd		Notaris	Anders, <i>graag specificeren</i>	

### C. Informatie over het overlijden

Wat is de oorzaak van het overlijden?					
Naam van de arts die het overlijden heeft vastgesteld	Huisarts		Specialist	Anders, <i>graag specificeren</i>	
Datum 1e consultatie huisarts / specialist voor de klachten waaraan verzekerde is overleden					DD/MM/JJJJ
Was de verzekerde bij deze arts in behandeling voor de klachten waaraan verzekerde is overleden?			JA*	NEE	
*Indien ja, van	DD/MM/JJJJ	tot en met	DD/MM/JJJJ		
Is er sprake van een (verkeers-) ongeval?			JA*	NEE	

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

### D. Medische machtiging

Hierbij machtigt ondergetekende 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 verzekerde noodzakelijk acht.

Huisarts		Specialist 1	
Naam		Naam	
Adres		Adres	
Stad		Stad	
Postcode		Postcode	

<b>Telefoon</b>		<b>Telefoon</b>	
<b>Specialist 2</b>		<b>Specialist 3</b>	
<b>Naam</b>		<b>Naam</b>	
<b>Adres</b>		<b>Adres</b>	
<b>Stad</b>		<b>Stad</b>	
<b>Postcode</b>		<b>Postcode</b>	
<b>Telefoon</b>		<b>Telefoon</b>	

### E. 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.
- Ondergetekende, geeft uitdrukkelijk toestemming aan de verzekeraar om de eventuele uitkering in dit dossier uit te betalen aan Santander Consumer Finance Benelux B.V. als terugbetaling in het kader van de lopende kredietopening of persoonlijke lening door de verzekerde afgesloten bij Santander Consumer Finance Benelux B.V.
- Voor het beheer van het schadedossier geeft de verzekerde zijn uitdrukkelijke toestemming voor de verwerking van gegevens over diens gezondheid door de verzekeraar en zijn verwerkers. De verzekerde heeft het recht zijn toestemming te allen tijde in te trekken. Deze handeling kan echter het beheer van het schadedossier beïnvloeden. Het gegevensbeschermingsbeleid, zoals eerder gecommuniceerd aan de verzekerde, bevat meer informatie over de verwerking van persoonsgegevens door de verzekeraar. Dit document kan worden verkregen door het versturen van een e-mail naar [dataprotectionofficer@cnp Santander.com](mailto:dataprotectionofficer@cnp Santander.com).

Naar beste weten en overeenkomstig de waarheid ingevuld,

Handtekening,

Te \_\_\_\_\_ Op \_\_\_\_\_

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

**CNP Santander Insurance Life DAC**  
**customerservice@cnp Santander.com**  
**030/63 88 501**