



1. Persoonlijke informatie : in te vullen door de verzekerde

Informatie betreffende de verzekerde

Mevrouw Mijnheer

Naam (in hoofdletters) :

E-mail:

Voornaam :

Geboortedatum :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoonnr :

Rekeningnummer : IBAN :

BIC :

Informatie betreffende het verzekerde krediet

Type van financiering : hypothecair krediet
 autolening / persoonlijke lening
 consumentenkrediet / kredietkaart

Financieringsmaatschappij :

Contractnummer / Klantnummer :

Ingangsdatum verzekering :

Informatie betreffende de arbeidsongeschiktheid

Oorzaak van de arbeidsongeschiktheid :

Begindatum arbeidsongeschiktheid :

Toestemming en verklaring

De ondergetekende (verzekerde) verklaart dat hij machtiging verleent aan de medisch adviseur van BNP PARIBAS CARDIF, om kennis te nemen van zijn medische gegevens en/of dossier(s) en verleent hierbij tevens toestemming aan:

- zijn behandelend en behandeld hebbende dokter of andere (para)medici;
- de medisch adviseur(s) van andere verzekeringsmaatschappijen dan BNP PARIBAS CARDIF;
- al zijn (voormalige) werkgevers;

om alle inlichtingen omtrent zijn gezondheidstoestand aan de medisch adviseur van BNP PARIBAS CARDIF te verschaffen.

De ondergetekende verklaart dat hij dit schadeaangifteformulier naar waarheid heeft ingevuld en is zich ervan bewust dat verzwijging van gegevens of onjuiste of onvolledige opgave de verzekeraar van haar verplichtingen kan ontslaan conform de van toepassing zijnde algemene verzekeringsvoorwaarden.

In geval de onderschreven polis een lening dekt en voor zover de ondergetekende de begunstigde ervan is, geeft hij, zich sterkmakend voor alle eventuele medebegunstigden, aan BNP PARIBAS CARDIF de toestemming tot betaling van de maandelijkse uitkeringen aan de kredietinstelling en dit ten belope van het nog verschuldigd saldo tijdens de periode van arbeidsongeschiktheid.(*)

De ondergetekende verklaart dat de verstrekte inlichtingen correct zijn en aanvaardt het verlies van alle rechten in geval van valse verklaring.

De gegevens die de ondergetekende meedeelt mogen verwerkt worden door BNP PARIBAS CARDIF met het oog op het beheer van de schadegevallen (Wet van 8 december 1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer).

De ondergetekende kan bijkomende inlichtingen bekomen bij de Commissie voor de bescherming van de persoonlijke levenssfeer, en heeft een recht van toegang en verbetering van deze gegevens bij BNP PARIBAS CARDIF.

(*) niet van toepassing voor Hypo Protect / STPP

Datum en handtekening verzekerde



2. Informatie betreffende de laatste werkgever : in te vullen door de werkgever

Naam van het bedrijf :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoonnr :

Aard van de activiteit :

Omschrijving van de functie werknemer :

Naam verantwoordelijke personeelszaken :

In dienst sedert : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Vertrekdatum : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (indien van toepassing)

Laatst gewerkte dag : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Datum werkhervatting : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | (indien van toepassing)

Statuut :

- Arbeider
 Bediende
 Ambtenaar
 Andere (gelieve te verduidelijken) : _____

Arbeidscontact :

- van onbepaalde duur
 van bepaalde duur
 interim
 voltijds
 deeltijds

Aantal dagen afwezigheid wegens ziekte gedurende de laatste 3 jaren, met uitzondering van deze arbeidsongeschiktheid : _____

Indien dit aantal groter is dan 30 dagen, gelieve een overzicht bij te voegen met vermelding van begin- en einddatum van elke periode van ziekte.

Datum, handtekening en stempel werkgever :



3. Medische informatie : in te vullen door de huisarts van de verzekerde

Naam behandelende arts :

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoonnr :

Oorzaak arbeidsongeschiktheid (medisch verslag bijvoegen) :

Ziekte (gelieve te verduidelijken) : _____

Ongeval (gelieve te verduidelijken) : _____ PV nr : _____

Andere (gelieve te verduidelijken) : _____

Begindatum arbeidsongeschiktheid : _____

Datum eerste raadpleging : _____

Vermoedelijke einddatum van de arbeidsongeschiktheid : _____

Was de verzekerde reeds onder behandeling voor de huidige aandoening ?

Nee

Ja , van : _____ tot : _____

Datum, handtekening en stempel huisarts :



BNP PARIBAS CARDIF

Cardif Assurances Risques Divers N.V. - S.A. Verzekeringsonderneming erkend door de NBB onder codenr. 978 - Entreprise d'assurance agréée sous le n° de code 978 par la BNB
RPR Brussel/RPM Bruxelles BE0435025994 IBAN BE44 0016 5468 8745/BIC GEBABEBB

Cardif Assurance Vie N.V. - S.A. Verzekeringsonderneming erkend door de NBB onder codenr. 979 - Entreprise d'assurance agréée sous le n° de code 979 par la BNB
RPR Brussel/RPM Bruxelles BE0435018274 IBAN BE17 0016 5444 3821/BIC GEBABEBB

Bergensesteenweg 1424, 1070 Brussel - Tel. +32 (0)2 528 00 03 - e-mail: claims@cardif.be - www.bnpparibascardif.be