



1. Informations administratives : à remplir par l'héritier / demandeur

Informations concernant l'héritier / demandeur

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

E-mail :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de compte bancaire :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Lien avec le défunt :

époux(se) cohabitant légal parent enfant autre :

Informations concernant l'assuré

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Date de naissance :

Date du décès :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Informations concernant la carte VISA Carrefour

Type de carte :

- BASIC
 CLASSIC
 GOLD

Nom et prénom du détenteur de la carte VISA :

Numéro de la carte VISA / Numéro de client :

Informations concernant le voyage

Destination du voyage :

Date de départ :

Date de retour :

Autorisation et déclaration

Le soussigné déclare avoir complété le présent document correctement, et avoir connaissance du fait qu'une omission ou une inexactitude quant aux informations communiquées peut exonérer l'assureur de ses obligations, conformément aux conditions générales d'application.

Le soussigné déclare que les informations communiquées sont correctes et accepte la déchéance de tous ses droits en cas de fausse déclaration.

Les données à caractère personnel que vous nous communiquez sont destinées à être traitées par BNP Paribas Cardif. Elles seront uniquement utilisées afin d'assurer la gestion des produits d'assurances, le service à la clientèle, la promotion des nouveaux produits, l'acceptation des risques, la gestion des contrats, des primes et des sinistres ainsi que la prévention et la lutte contre tout forme de fraude. En vertu de la réglementation Européenne sur la protection des données, vous bénéficiez de droits sur vos données personnelles. Vous pouvez les retrouver et obtenir de plus amples renseignements dans la "Notice de Protection des Données" disponible sur notre site internet www.bnpparibascardif.be.

Date et signature de l'héritier / du demandeur



2. Informations concernant le décès : à compléter par le médecin de famille de l'assuré ou le médecin qui a constaté le décès

Je soussigné , , docteur en médecine, déclare le décès ou avoir constaté le décès de le /.... /..... .

Date du décès :

Lieu du décès (joindre acte de décès) : _____

La cause du décès :

Accident (merci de préciser) : _____

Autre (merci de préciser) : _____

Date, signature et cachet du médecin :