

Formulaire de déclaration de sinistre Invalidité permanente



BNP PARIBAS
CARDIF

1. Informations administratives : à remplir par le demandeur

Informations concernant le détenteur de la carte VISA Carrefour

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

E-mail :

Prénom :

Date de naissance :

Numéro de compte bancaire :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Informations concernant l'assuré

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Date de naissance :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Lien avec le détenteur de la carte VISA Carrefour :

époux(se)

cohabitant légal

parent

enfant

autre :

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 du demandeur



2. Informations médicales : à compléter par le médecin de famille de l'assuré ou le médecin qui a constaté l'invalidité permanente

Nom du médecin :

Rue + n° :

Boîte :

Code postale :

Commune :

N° de téléphone :

Description de la lésion corporelle : _____

Cause de l'invalidité permanente (joindre le rapport médical) :

Accident (merci de préciser) : _____

Autre (merci de préciser) : _____

Date de début de l'invalidité permanente: _____

Date de la première consultation : _____

L'état de l'assuré est-t-il consolidé?

Non

Oui, date de consolidation : _____ (joindre attestation)

Taux d'invalidité physiologique reconnu sur base du "Barème Officiel Belge des Invalidités": _____ %

Date, signature et cachet du médecin :