



## 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 :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Téléphone/GSM\* :

Lien avec le défunt :

époux(se)

cohabitant légal

parent

enfant

autre :

\*Champs obligatoires

### Informations concernant l'assuré

Madame  Monsieur

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Numéro de registre national :

Date de naissance :

Date du décès :

Rue + n° :

Boîte :

Code postal :

Commune :

Situation de l'assuré lors du décès :  salarié  pensionné  invalide  incapacité de travail  chômage  sans emploi  
 autre (merci de préciser)

### Informations concernant le crédit assuré

Type de financement :  crédit hypothécaire - date de l'acte authentique : \_\_\_\_\_  
 crédit auto/prêt personnel  
 crédit à la consommation / carte de crédit

Société de financement :

Numéro de contrat / Numéro de client :

Date d'effet du contrat :

### 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.

Au cas où la police a été souscrite en couverture d'un crédit, et pour autant qu'il en soit le bénéficiaire, le soussigné, se portant fort pour tous les autres co-bénéficiaires éventuels, autorise BNP PARIBAS CARDIF à payer le capital décès à la société de financement, et ce à concurrence du solde restant dû au moment du décès. (\*)

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](http://www.bnpparibascardif.be).

(\*) Biffer en cas de désaccord

Date et signature héritier / 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 avoir constaté le décès de .....

Date du décès : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Lieu du décès : \_\_\_\_\_

La cause du décès est :

Maladie (merci de préciser) : \_\_\_\_\_

Date des premiers symptômes : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Noms et dates des traitements :

\_\_\_\_\_ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

\_\_\_\_\_ de : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | à : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Accident (merci de préciser) : \_\_\_\_\_ n° PV : \_\_\_\_\_

Suicide : \_\_\_\_\_ n° PV : \_\_\_\_\_

Autre (merci de préciser) : \_\_\_\_\_ n° PV : \_\_\_\_\_

Date et raison du dernier jour de travail de l'assuré : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | \_\_\_\_\_

Coordonnées du médecin de famille :

Nom : \_\_\_\_\_ E-mail : \_\_\_\_\_

Rue + n° : \_\_\_\_\_ Boîte : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_ N° de téléphone : \_\_\_\_\_

Date, signature et cachet du médecin :

### Cardif Assistance inclus gratuitement dans le contrat Hypo Protect (pour les contrats souscrits à partir du 27/03/2019 uniquement)



#### De quelle assistance peut bénéficier la famille de l'assuré ?

- Reconnexion de la famille
- Assistance psychologique
- Garde d'enfants
- Soutien d'un Care Manager
- Service d'information
- Garde d'animaux domestiques

Appelez le 02/541 90 63 - Plus d'info : <https://hypoprotect.cardif.be/fr/page/europassistance>

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

Chaussée de Mons 1424, 1070 Bruxelles - Tél. +32 (0)2 528 00 03 - e-mail: [claims@cardif.be](mailto:claims@cardif.be) - [www.bnpparibascardif.be](http://www.bnpparibascardif.be)