



## 1. Persoonlijke informatie : in te vullen door de verzekerde

### Informatie betreffende de verzekerde

Mevrouw  Mijnheer

Naam (in hoofdletters) :

Voornaam :

Geboortedatum :

E-mail\*:

Straat + nr :

Bus :

Postcode :

Gemeente :

Telefoon/GSM\* :

Rekeningnummer : IBAN :

BIC :

\*Verplicht in te vullen

### Informatie betreffende het verzekerde krediet

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

Ingangsdatum verzekering :

Financieringsmaatschappij :

Contractnummer / Klantnummer :

### Informatie betreffende de arbeidsongeschiktheid

Oorzaak van de arbeidsongeschiktheid :

Begindatum arbeidsongeschiktheid :

### Toestemming en verklaring

Ik geef BNP Paribas Cardif, en haar eventuele herverzekeraars, de toestemming al mijn medische gegevens te verwerken in het kader van het afsluiten en het uitvoeren van het verzekeringscontract. Deze gegevens zullen conform de 'Nota inzake gegevensbescherming' van BNP Paribas Cardif behandeld worden. Gelieve onze 'Nota inzake gegevensbescherming' te lezen die beschikbaar is op onze website [www.bnpparibascardif.be](http://www.bnpparibascardif.be).  Ja  Nee

Ik ben geïnformeerd over het feit dat ik mijn toestemming op elk moment kan intrekken. Echter, het intrekken van mijn toestemming kan de uitvoering van de contractuele waarborgen belemmeren. Bovendien kan het intrekken van mijn toestemming niet leiden tot de beëindiging van het contract of tot het wissen van verzamelde gegevens.

De persoonsgegevens (andere dan medische gegevens) die u met ons deelt worden verwerkt door BNP Paribas Cardif. Ze worden uitsluitend gebruikt voor het beheer van verzekeringsproducten, de klantendienst, de promotie van nieuwe producten, het aanvaarden van risico's, het beheer van contracten, premies en schadegevallen en de preventie van en strijd tegen alle vormen van fraude. In overeenstemming met de Europese verordening voor gegevensbescherming, hebt u rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens. Die rechten en verdere informatie over de manier waarop BNP Paribas Cardif uw gegevens behandelt, vindt u terug in onze 'Nota inzake gegevensbescherming'. Gelieve onze 'Nota inzake gegevensbescherming' te lezen die beschikbaar is op onze website [www.bnpparibascardif.be](http://www.bnpparibascardif.be).

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.

(\*) 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](mailto:claims@cardif.be) - [www.bnpparibascardif.be](http://www.bnpparibascardif.be)