



1. Informations personnelles : à compléter par la personne assurée

Informations concernant la personne assurée

Madame Monsieur

Nom (en majuscules) :

Prénom :

Date de naissance :

E-mail* :

Rue + n° :

Boîte :

Code postale :

Commune :

Téléphone/GSM* :

N° de compte :

IBAN :

BIC :

*Champs obligatoires

J'autorise BNP Paribas Cardif, ainsi que ses éventuels réassureurs, à traiter l'ensemble de mes données médicales dans le cadre de la souscription et de l'exécution du contrat d'assurance.

Oui Non

Je suis informé que je peux retirer mon consentement à tout moment. Toutefois, le retrait de mon consentement est susceptible d'empêcher l'exécution des garanties prévues au contrat. Par ailleurs, le retrait de mon consentement ne pourra aboutir ni à la résiliation du contrat, ni à l'effacement des données collectées.

Informations concernant le crédit assuré

Type de financement :

- crédit hypothécaire
 crédit auto / prêt personnel
 crédit à la consommation / carte de crédit

Date d'effet du contrat :

Société de financement :

Numéro de contrat / Numéro de client :

Informations concernant l'incapacité de travail

Cause de l'incapacité de travail :

Date de début de l'incapacité de travail :

Autorisation et déclaration

Le soussigné (assuré) déclare qu'il autorise le médecin conseil de BNP PARIBAS CARDIF à prendre connaissance de ses données médicales et de son (ses) dossier(s) médical (aux). Il autorise en outre explicitement :

- son (ses) médecin(s) et autre(s) paramédical (aux) chez qui il est actuellement en traitement, ou qui l'ont traité dans le passé ;
- les médecins-conseils d'autres compagnies d'assurances que BNP PARIBAS CARDIF ;
- tous les employeurs passés et actuels

à fournir au médecin-conseil de BNP PARIBAS CARDIF tous les renseignements relatifs à son état de santé.

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 les allocations mensuelles au prêteur pendant la période de l'incapacité de travail, et ce à concurrence du solde restant dû.(*)

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 toute forme de fraude. En vertu de la régulation 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.

(*)pas d'application pour Hypo Protect / STPP

Date et signature assuré



2. Informations concernant le dernier employeur : à compléter par l'employeur

Nom de la société :

Rue + n° :

Boîte :

Code postale :

Commune :

N° de téléphone :

Description de l'activité de la société :

Description de la fonction de l'employé :

Nom du responsable du service du personnel :

Date d'entrée en service :

Date de sortie :

(si d'application)

Dernier jour de travail presté :

Date de reprise du travail :

(si d'application)

Statut :

- Ouvrier
 Employé
 Fonctionnaire
 Autre (merci de préciser) : _____

Contrat :

- à durée indéterminée
 à durée déterminée
 d'intérimaire
 à temps plein
 à temps partiel

Nombre de jours d'absence pour maladie durant les 3 dernières années, en dehors de la présente incapacité de travail : _____

Si ce nombre est supérieur à 30 jours, veuillez annexer un détail reprenant les dates de début et de fin de chaque période de maladie.

Date, signature et cachet de l'employeur :



3. Informations médicales : à compléter par le médecin de famille de l'assuré

Nom du médecin traitant :

Rue + n° :

Boîte :

Code postale :

Commune :

N° de téléphone :

Cause de l'incapacité de travail (joindre le rapport médical) :

Maladie (merci de préciser) :

Accident (merci de préciser) :

N° PV :

Autre (merci de préciser) :

Date de début de l'incapacité :

Date de la première consultation :

Date de fin probable de l'incapacité de travail :

L'assuré a-t-il déjà été sous traitement pour la présente affection ?

Non

Oui, du :

au :

Date, signature et cachet du médecin :



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

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