

- DECLARATION DE SINISTRE -
" ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE "

INFORMATIONS GENERALES

• **Emetteur de la carte:**

CRELAN SA
BOULEVARD S. DUPUIS 251
1070 BRUXELLES

Le traitement de votre dossier est possible après réception de la déclaration de sinistre dûment complétée, des notes de frais originales et des pièces justificatives nécessaires. Merci d'envoyer le plus rapidement possible le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Inter Partner Assistance, Boulevard du Régent 7 – 1000 BRUXELLES ou courriel: claims-ipa@ip-assistance.com

• **Numéro de carte :**

Type de carte (cochez la case correspondante)

□□□□□□-██████████□□□□

Crelan Visa Gold

Veillez uniquement remplir les 6 premiers chiffres et les 4 derniers chiffres de votre carte de crédit svp. Nous ne vous demanderons jamais le numéro complet de votre carte de crédit, ni votre code secret, ni la date d'échéance ou le code CVC se trouvant au dos de la carte.

• **Titulaire de la carte**

- Nom et prénom:

- Adresse:

- Date de naissance: _____
- Téléphone privé / travail: _____

- Adresse e-mail:

- Pays de résidence:

**- DECLARATION DE SINISTRE -
" ASSURANCE ANNULATION DE VOYAGE "**

- Nom du patient : _____
- Date de naissance du patient : _____
- Lien avec le demandeur : _____

REMBOURSEMENT (sur base des conditions générales)

Numéro de compte bancaire pour le remboursement du sinistre:

IBAN:

BIC :

Nom et adresse de la Banque

Le traitement de votre dossier est possible après réception de la déclaration de sinistre dûment complétée, des notes de frais originales et des pièces justificatives nécessaires. Merci d'envoyer le plus rapidement possible le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à Inter Partner Assistance, Boulevard du Régent 7 – 1000 BRUXELLES ou courriel: Claims-assistance@ip-assistance.com

INFORMATIONS RELATIVES AU VOYAGE
(A remplir par le titulaire de la carte ou son représentant légal)

Nature du voyage: Professionnel
 Privé

Nombre de voyageurs + relation avec le titulaire de la carte

Départ le : / / de: _____
à destination de: _____

Retour le : / / de: _____
à destination de: _____

Date de réservation du voyage: / /

Date d'annulation du voyage: / /

Prix total du voyage: . , €

Montant total des frais d'annulation: . , €

Motif de l'annulation :

- décès, maladie ou accident de l'assuré titulaire de la carte crédit ou d'un membre de sa famille
- Préjudice matériel important dans la résidence ou les locaux professionnels

Date du sinistre: / /

Lieu et circonstances du sinistre :

En cas d'annulation suite à une maladie ou un accident, l'attestation médicale doit être complétée par le médecin traitant. Pour que Inter Partner Assistance puisse procéder, il est important que l'assuré, titulaire de la carte de crédit, signe cette autorisation de levée du secret médical.

Je soussigné(e) libère mon médecin traitant du secret médical au bénéfice de Inter Partner Assistance concernant cette réclamation.

Date + signature de l'assuré titulaire de la carte de crédit,

PIECES JUSTIFICATIVES

Documents à joindre à ce formulaire:

- Preuve de paiement du voyage couvert par la carte de crédit CRELAN (copie de l'état des dépenses de la carte de crédit ou de la facture / ticket)
- Les documents originaux matérialisant les prestations couvertes: titres de transports (billets d'avion, de train, ...), contrat de location (de véhicule, de séjour ou de logement)
- Tout certificat médical et toute pièce administrative (acte de décès, rapport ou procès-verbal de police ou des pompiers, ...) ainsi que le questionnaire médical dûment rempli qui vous sera adressé
- Le dépôt de plainte en cas de vol dans le cadre du préjudice matériel important
- La preuve d'inscription au voyage couvert et les conditions générales de vente du prestataire pour l'annulation et de la facture détaillée des frais déboursés à l'avance au moyen de la carte de crédit CRELAN
- Les titres de transport originaux non utilisés
- La facture des frais d'annulation retenus par le prestataire ou le justificatif de l'absence de remboursement
- Un document officiel précisant le lien de parenté de la personne à l'origine de l'annulation.

DECLARATION DE L'ASSURE TITULAIRE DE LA CARTE DE CREDIT

Le/la soussigné(e) déclare que les informations données ci-dessus sont complètes, correctes et exclusivement liées au sinistre et que les frais n'ont pas été déclarés auprès d'une autre compagnie. Par la présente, le/la soussigné(e) autorise la compagnie à récupérer les frais auprès d'un tiers responsable.

Date + signature de l'assuré du titulaire de la carte de crédit,

ATTESTATION MEDICALE
(à remplir par le médecin traitant)

Nom du patient : _____

Date de naissance du patient : _____

Lien avec le demandeur : _____

Depuis combien de temps le patient titulaire de la carte est-il suivi par vous?

Diagnostic du médecin-traitant:

Quand le diagnostic a-t-il été posé? □□ / □□ / □□□□

L'état de santé du patient s'est-il aggravé? OUI NON

Si oui, quand? □□ / □□ / □□□□

Merci de nous préciser les conditions de la prise en charge du patient (consultations, examens, suivi éventuel par des spécialistes) ou s'il bénéficie d'une hospitalisation ambulatoire à propos de la /des maladie(s) mentionnée (s) ci-dessus, particulièrement avant la réservation du voyage et la souscription de l'assurance (voir 1^{ère} partie – information sur le voyage)

Le patient a-t-il souffert de cette pathologie ou d'une pathologie similaire durant les deux années précédentes? OUI NON

Quels sont les médicaments qui ont été prescrits et à quelle date?

Avez-vous prévenu le patient qu'il ne devait pas voyager? OUI NON?

Si oui, quand? □□ / □□ / □□□□

Date + signature et cachet du médecin
