

**- DECLARATION DE SINISTRE -
"ABSENCE DE RESPONSABILITE"**

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, Avenue Louise 166 Boite 1 – 1050 BRUXELLES ou courriel claims-ipa@ip-assistance.com

• **Numéro de carte :**

Type de carte (cochez la case correspondante)

□□□□-□□  -□□□□

- ☐ Crelan Visa Classic
☐ Crelan Visa Gold

Veuillez 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 votre carte.

• **Titulaire de la carte**

- Nom et prénom:

- Adresse:

- Date de naissance: □□ / □□ / □□□□

- Téléphone privé / travail:

- Adresse e-mail:

- Pays de résidence:

**- DECLARATION DE SINISTRE -
"ABSENCE DE RESPONSABILITE"**

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, Avenue Louise 166 Boite 1 – 1050 BRUXELLES ou courriel: claims-ipa@ip-assistance.com

**- DECLARATION DE SINISTRE -
"ABSENCE DE RESPONSABILITE"**

DECLARATION DE SINISTRE
(à compléter par le titulaire de la carte ou son représentant légal)

Date du sinistre: / /

Lieu et circonstances du sinistre:

Description:

Dans le cas de fraude, avez-vous fait une déclaration chez CRELAN?

Le/la soussigné(e) déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes. Le/la soussigné(e) confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

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

**- DECLARATION DE SINISTRE -
"ABSENCE DE RESPONSABILITE"**

DESCRIPTION DU SINISTRE

Montant retenu injustement : . , €

Montant total du remboursement éventuel: . , €

JUSTIFICATIFS

Documents à joindre à ce formulaire :

- Une copie du décompte de votre carte de crédit CRELAN attestant les montants retenus injustement.
- Une copie de votre déclaration à CRELAN

Sans les documents mentionnés ci-dessus, nous ne serons pas en mesure de traiter votre demande.

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 titulaire de la carte de crédit,
