

**- DECLARATION DE SINISTRE -
" FRAIS MEDICAUX "**

INFORMATIONS GENERALES

• **Emetteur de la carte:**

CRELAN SA
BOULEVARD S. DEPUIS 251
1070 BRUXELLES

Le traitement de votre dossier est possible après réception du formulaire de sinistre dûment complété, 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 par courriel: claims-ipa@ip-assistance.com

• **Numéro de carte :**

□□□□□□-XXXXXXXXXX-□□□□ □ 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 mentionné 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 -
" FRAIS MEDICAUX "**

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 du formulaire de déclaration de sinistre dûment complété, 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 par courriel: claims-ipa@ip-assistance.com

**- DECLARATION DE SINISTRE -
" FRAIS MEDICAUX "**

DECLARATION DE SINISTRE
(Attestation médicale: cette attestation doit être complétée par le médecin traitant du demandeur)

Nom du patient : _____

Date de naissance du patient : _____

Lien avec le demandeur :

Depuis combien de temps le patient mentionné ci-dessus est-il suivi par vous?

Diagnostic posé avec code CIM : _____

Quand le diagnostic a-t-il été posé : _____

Quand le patient a-t-il été vu la première fois par un médecin pour ce cas?

L'état de santé du patient s'est-il aggravé, et 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 a bénéficié d'une hospitalisation à propos de la / les maladie(s) mentionnées ci-dessus, particulièrement avant la réservation du voyage et la souscription de l'assurance.

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

A quelles dates votre traitement a-t-il été suivi pour une aggravation de cette maladie préexistante? S'il vous plaît avec la date précise. Quels sont les médicaments qui ont été prescrits?

**- DECLARATION DE SINISTRE -
" FRAIS MEDICAUX "**

Y a-t-il eu un suivi médical par un spécialiste ou à l'hôpital ? Si oui, quand?

Le patient a-t-il souffert d'une aggravation de cette maladie préexistante au moment de la réservation du voyage ou de la souscription de l'assurance?
Si oui, quand?

Avez-vous prévenu le patient qu'il ne devait pas voyager et dans l'affirmative, quand?

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 + cachet du médecin,

**- DECLARATION DE SINISTRE -
" FRAIS MEDICAUX "**

Frais liés au traitement :

Date de la facture:	Facture établie par:	Montant de la Facture:	Payée / non payée :

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,

Pièces 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 justificatif permettant d'identifier l'article acheté ainsi que son prix d'achat et la date d'achat tel que facture ou ticket de caisse;
- Règlements effectués par d'autres assureurs avec les références des dossiers;
- Confirmation des règlements effectués par d'autres assureurs ou des sociétés de carte de crédit;
- Preuves de paiement pour toutes les factures réglées ;
- Un document officiel précisant le lien de parenté de la personne à l'origine de l'annulation.

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. Dans le cadre de la gestion de mon dossier sinistre, je donne, par la présente, mon consentement à Inter Partner Assistance pour le traitement des données relatives à ma santé ainsi que de mes données personnelles.

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