

**- SCHADEAANGIFTE -
"Medische kosten"**

ALGEMENE GEGEVENS

• **Uitgever van de Crelan kaart:**

CRELAN NV
S. DUPUISLAAN 251
B1070 BRUSSEL

Behandeling van uw dossier kan na ontvangst van een volledige ingevulde schadeaangifte, de originele onkostennota's en de nodige bewijsstukken.
Gelieve zo spoedig mogelijk het volledig ingevuld document samen met de andere noodzakelijke documenten op te sturen naar Inter Partner Assistance, Louisalaan 166 Bus 1, 1050 Brussel, E-mail: claims-ipa@ip-assistance.com

• **Kaartnummer:**

□□□□-□□ XXXXXXXXXX -□□□□

Crelan Visa Gold

Gelieve enkel de eerste zes cijfers en de laatste vier cijfers van uw credit card in te vullen. Wij zullen u nooit om uw volledige credit card nummer, PIN code, vervaldatum of CVC Code vragen.

• **Kaarthouder**

- Naam en voornaam:

- Adres:

- Geboortedatum: □□ / □□ / □□□□

- Telefoon privé / werk:

- E-mail:

- Land van domicilie:

**- SCHADEAANGIFTE -
"Medische kosten"**

TERUGBETALING (cf. Algemene voorwaarden)

Bankrekeningnummer voor de schaderegeling:

IBAN:

BIC :

Naam en adres van de bankinstelling:

Behandeling van uw dossier kan na ontvangst van een volledige ingevulde schadeaanfifte, de originele onkostennota's en de nodige bewijsstukken.
Gelieve zo spoedig mogelijk het volledig ingevuld document samen met de andere noodzakelijke documenten op te sturen naar Inter Partner Assistance, Louisalaan 166 Bus 1, 1050 Brussel, E-mail: claims-ipa@ip-assistance.com

MEDISCH ATTEST
(In te vullen door de behandelend arts)

Naam van de patiënt : _____

Geboortedatum van de patiënt : _____

Relatie met de kaarthouder : _____

Hoe lang wordt de verzekerde patiënt reeds door u gevolgd?

Diagnose met CIM code

Wanneer werd de diagnose uitgevoerd? □□ / □□ / □□□□

Is de gezondheidstoestand van de patiënt verslechterd? Ja Neen

Indien ja, wanneer? □□ / □□ / □□□□

Gelieve ons de voorwaarden van behandeling van de patiënt (medische consulten, medische onderzoeken, eventuele opvolging door specialisten) door te sturen, en ons te melden of hij een hospitalisatieverzekering heeft met dekking ambulante zorg met betrekking tot de bovenvermelde ziektes, in het bijzonder vóór de reservatie van de reis en vóór de onderschrijving van de verzekering.

Heeft de patiënt aan deze pathologie, of een gelijkaardige pathologie geleden gedurende de twee voorafgaande jaren? Ja Neen

Wat is de voorschreven medicatie en op welke datum werd ze voorschreven?

Heeft u aan de patiënt vermeld dat hij niet mocht reizen ? Ja Neen

Indien ja, wanneer? □□ / □□ / □□□□

Datum + handtekening en stempel van de dokter

BEWIJSDOCUMENTEN

Bij te voegen documenten:

- Bewijs van betaling van de gewaarborgde reis met de Crelan kredietkaart (kopie rekeninguittreksel van de kredietkaart of factuur/ticket.
- Originele documenten die de gewaarborgde prestaties materialiseren: vervoerbewijzen (vliegtickets, treintickets,...), huurcontracten (van voertuig, verblijf,...)
- Elk medisch certificaat en elk administratief document (overlijdensakte, politierapport, brandweerrapport,...), alsook de ingevulde medische vragenlijst, die zal worden doorgestuurd.
- Terugbetaling gekregen door andere verzekeraars (inclusief mutualiteit)

OVERZICHT VAN DE KOSTEN

Nummer van het bijvoegsel + omschrijving	Datum van uitgave	Munt-eenheid	Betaald bedrag	Bedrag in €
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
TOTAAL				

VERKLARING VAN DE VERZEKERDE TITULARIS VAN DE KREDIETKAART

Ondergetekende verklaart dat hogervermeld overzicht volledig en juist is, enkel en alleen betrekking heeft op de schade en dat de kosten niet bij een andere maatschappij werden ingediend. Ondergetekende geeft hierbij de toelating om de kosten te verhalen op een aansprakelijke derde. Met het oog op het beheer van mijn schadedossier geef ik hierbij toestemming aan Inter Partner Assistance voor de verwerking van gegevens betreffende mijn gezondheid en van mijn personele gegevens.

Datum + handtekening van de verzekerde Kredietkaarthouder,