

SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING

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 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, email: claims-ipa@ip-assistance.com

• **Kaartnummer:**

Type van de kaart (vink het juiste vakje aan):

□□□□-□□ [REDACTED] -□□□□

Crelan Visa Classic

Crelan Visa Gold

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

• **Kaarthouder**

○ Naam en voornaam: _____

○ Adres: _____

○ Geboortedatum: □□/□□/□□□□

○ Telefoon privé/werk: _____

○ Email: _____

○ Land van domicilie: _____



**SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING**

- Naam van de patiënt: _____
- Geboortedatum van de patiënt: _____
- Relatie met de kaarthouder: _____

**SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING****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, email: claims-ipo@ip-assistance.com

INFORMATIE MET BETREKKING TOT DE REIS
(In te vullen door de kaarthouder of de wettelijke vertegenwoordiger)

Aard van de reis: Professioneel
 Privé

Aantal reizigers + relatie met de kaarthouder:

Vertrek op: □□/□□/□□□□ vanuit: _____
Bestemming: _____

Terug op: □□/□□/□□□□ vanuit: _____
Bestemming: _____

Datum reservatie van de reis: □□/□□/□□□□

Datum annulering van de reis: □□/□□/□□□□

Totale prijs van de reis: □□□□,□□€

Totaalbedrag van de annulatiekosten: □□□□,□□€

Motief van de annulering:

- Overlijden, ziekte of ongeval van de verzekerde titularis van de kredietkaart of een familielid
- Belangrijke schade aan woon- of werkplaats

Datum van het schadegeval: □□/□□/□□□□

Plaats en omstandigheden van het schadegeval:

**SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING**

In geval van annulatie ten gevolge van een ziekte of een ongeval, zal het medisch attest moeten worden ingevuld door de behandelende arts nadat het eerste deel van dit document werd ingevuld door de Verzekerde. Om Inter Partner Assistance bijkomende informatie te laten opvragen, is het belangrijk dat de Verzekerde deze toestemming van het opheffen van het medisch geheim ondertekent.

Ik ondergetekende bevestig dat ik het medisch geheim met betrekking tot deze aangifte ophef ten gunste van Inter Partner Assistance.

Datum + Handtekening van de Verzekerde titularis van de kredietkaart

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.
- Indiening van klacht in geval van diefstal in het kader van de waarborg schade aan onroerende goederen.
- Het inschrijvingsbewijs van de gewaarborgde reis en de algemene verkoopsvoorwaarden van de dienstverlener voor de annulering en de gedetailleerde factuur van de op voorhand door middel van de Crelan kredietkaart uitbetaalde kosten.
- De originele, niet gebruikte vervoerbewijzen.
- De factuur met betrekking tot de weerhouden annulatiekosten of het bewijsstuk van niet terugbetaling.
- Een officieel document dat de verwantschap bewijst met de persoon die aan de oorzaak van de annulering ligt.

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.

Datum + handtekening van de verzekerde Kredietkaarthouder,

**SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING**

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 (cf. 1^{ste} deel – informatie met betrekking tot de reis).

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

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

**SCHADEAANGIFTE
ANNULATIEVERZEKERING**

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

Indien ja, wanneer? //

Datum + handtekening en stempel van de dokter
