

Annulation ou interruption voyage – Déclaration sinistre

Informations générales

- **Assureur :**
Inter Partner Assistance SA
Boulevard du Régent 7
B - 1000 Bruxelles
Tel : +32 (0)2 550 04 76
E-mail : claims-assistance@axa-assistance.com
- **Preneur d'assurance :**
CRELAN SA
Boulevard Sylvain Dupuis 251
B-1070 Bruxelles

- **Assuré (titulaire de la carte de crédit Visa Gold) :**

Nom - Prénom :

Adresse :

Téléphone – GSM :

E-mail :

Numéro de la carte utilisée pour les achats : xx xxxx xxxx x

Noms des personnes accompagnantes

Nom et prénom	Nom et prénom
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

Remboursement (voir conditions particulières)

N° de compte bancaire IBAN :

SWIFT (BIC) :

Nom de l'institution bancaire :

Renseignements relatifs au voyage

- **Agence de voyage :**

Nom :

Personne de contact :

N° de téléphone :

Fax :

- **Tour-opérateur :**

Nom :

Données liées à l'assurance annulation, si incluse dans le voyage :

.....

.....

— Voyage :

Date de réservation : □□/□□/□□

Date d'annulation : □□/□□/□□

Date de départ : □□/□□/□□

Date de retour : □□/□□/□□

Destination :

Prix total du voyage : EUR

Frais d'annulation : EUR

Renseignements relatifs au voyage

Nom de la personne :

Parenté avec l'assuré :

Motifs d'annulation : maladie accident décès grossesse autre :

Informations concernant un éventuel recours

Possibilités d'indemnisation et actions déjà entreprises :

Existe-t-il un droit de recours vis-à-vis d'une tierce partie ? Oui NonAvez-vous déjà entrepris une action en ce sens ? Oui Non

Documents à joindre

- Copie du contrat de voyage.
- Confirmation du voyage du tour-opérateur.
- Certificat médical appuyant l'annulation et le questionnaire médical.
- En cas de décès : copie de l'acte de décès.
- Tout autre document justifiant votre demande remboursement.
- La facture originale du tour-opérateur avec les frais d'annulation.

Déclaration de l'assuré titulaire de la carte de crédit

La personne concernée déclare avoir pris connaissance des dispositions relatives au traitement de ses données personnelles par l'assureur telles que reprises dans les conditions générales des assurances de Visa Classic ou Gold Crelan et consent au traitement de ses données à caractère personnel, en ce compris ses données personnelles à caractère médical par l'assureur, Inter Partner Assistance, responsable du traitement :

OUI NON (*)

* Si vous refusez de donner votre consentement (NON), l'assureur Inter Partner Assistance sera dans l'impossibilité de traiter votre déclaration de sinistre.

En cas d'interrogation relative au traitement de vos données personnelles, et si vous ne trouvez pas les réponses dans les conditions générales des assurances de Visa Classic ou Gold Crelan, vous pouvez envoyer un courrier à Inter Partner Assistance - Délégué à la protection des données, Boulevard du Régent, 7 à 1000 Bruxelles ou un e-mail à dpo.BNL@axa-assistance.com.

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations et données concernant le dommage sont exactes et que le sinistre n'a pas été déclaré auprès d'une autre compagnie d'assurances. Le soussigné donne par la présente la permission de recouvrement auprès d'une tierce partie.

Signature de l'assuré

Date

Votre dossier ne sera traité qu'après réception de la déclaration de sinistre correctement complétée, des notes de frais originales et des justificatifs requis. Veuillez renvoyer le document complété, accompagné des autres annexes requises

— de préférence par e-mail à : claims-assistance@axa-assistance.com

— ou par la poste à : Crelan Visa Classic/Visa Gold

Service remboursements -Boulevard du Régent, 7 -B-1000 Bruxelles

Annulation ou interruption voyage – Déclaration sinistre

Attestation médicale du médecin traitant à envoyer au médecin-conseil d'Inter Partner Assistance.

- **Assureur** : Inter Partner Assistance SA - Boulevard du Régent 7 - B - 1000 Bruxelles
N° de téléphone : +32 (0)2 550 04 76 - E-mail : claims-assistance@axa-assistance.com

Informations concernant le voyageur

Nom - Prénom :

Date initiale de l'incapacité de voyager : □□/□□/□□

Motifs de l'annulation : maladie accident grossesse Autre

Concernant le patient

Nom - Prénom :

Date de naissance : □□/□□/□□

Description précise du diagnostic, motifs de l'annulation

Diagnostic :
Nature des soins :
Examens réalisés :
Nature de la médication et du traitement :
Première date d'examen du patient :
Date de la dernière consultation :
Date à laquelle le patient a été informé de l'incapacité de voyager :

— Sortie

Autorisée Interdite du □□/□□/□□ au □□/□□/□□

— Faut-il arrêter les activités ?

Non Oui, du □□/□□/□□ au □□/□□/□□

— Le patient a-t-il été hospitalisé ?

Non Oui, du □□/□□/□□ au □□/□□/□□

— Le patient a-t-il déjà été traité dans le passé pour la même affection ?

Non Oui, du □□/□□/□□ au □□/□□/□□

Antécédents

Médicaux	Chirurgicaux

En cas de grossesse

Date de la confirmation de la grossesse : □□/□□/□□

Date prévue pour l'accouchement : □□/□□/□□

Communications supplémentaires

.....

.....

.....

.....

.....

Date □□/□□/□□

Cachet	Signature du médecin