

## Annulering of onderbreking van de reis - Aangifteformulier

### Algemene informatie

- **Verzekeraar:**  
Inter Partner Assistance NV  
Regentlaan 7  
B - 1000 Brussel  
Tel: +32 (0)2 550 04 76  
E-mail: claims-assistance@axa-assistance.com
- **Verzekeringnemer:**  
CRELAN NV  
Sylvain Dupuislaan 251  
B-1070 Brussel

— **Verzekerde (Visa Gold -kredietkaarthouder):**

Naam - Voornaam: .....

Adres: .....

.....

Telefoonnummer – GSM: .....

E-mail: .....

Nummer van de kaart die gebruikt werd om de aankopen te betalen: xx xxxx xxxx x

### Namen van begeleidende personen

Naam en voornaam	Naam en voornaam
1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

### Vergoeding (zie bijzondere voorwaarden)

Bankrekeningnummer IBAN: .....

SWIFT (BIC): .....

Naam van bankinstelling: .....

### Reisgegevens

- **Reisbureau:**  
Naam: .....
- Contactpersoon: .....
- Telefoonnummer: .....
- Fax: .....
- **Touroperator:**  
Naam: .....
- Details van de annuleringsverzekering, indien inbegrepen in de reis: .....
- .....
- .....

— **Reis:**

Reserveringsdatum: □□/□□/□□

Annuleringsdatum: □□/□□/□□

Vertrekdatum: □□/□□/□□

Terugkeerdatum: □□/□□/□□

Bestemming: .....

Totaalprijs van de reis: ..... EUR

Annuleringskosten: ..... EUR

### Reisgegevens

Naam van de persoon: .....

Verwantschap met de verzekerde: .....

Redenen voor annulering:  ziekte       ongeval       overlijden       zwangerschap

andere: .....

### Informatie over een mogelijk verhaal

Compensatiemogelijkheden en reeds ondernomen actie: .....

Bestaat er een recht van verhaal tegen een derde partij?       Ja       Neen

Hebt u al actie ondernomen op dit gebied??       Ja       Neen

### Bij te voegen documenten

- Kopie van het reiscontract.
- Reisbevestiging van de touroperator.
- Medisch certificaat ter ondersteuning van annulering en medische vragenlijst.
- In geval van overlijden: kopie overlijdensakte.
- Elk ander document dat uw claim rechtvaardigt.
- De originele factuur van de touroperator met daarop de annuleringskosten.

### Verklaring van de verzekerde

De betrokken persoon verklaart kennis te hebben genomen van de bepalingen met betrekking tot de verwerking van zijn persoonsgegevens door de verzekeraar zoals uiteengezet in de algemene voorwaarden van Crelan Visa Gold verzekering en stemt in met de verwerking van zijn persoonsgegevens, inclusief zijn medische gegevens, door de verzekeraar, Inter Partner Assistance, als verantwoordelijke voor de verwerking:

JA      NEE (\*)

\* Indien u weigert uw toestemming te geven (NEE), zal de verzekeraar Inter Partner Assistance niet in staat zijn uw schadeaanfite te verwerken.

Indien u vragen hebt over de verwerking van uw persoonsgegevens, en als u de antwoorden niet vindt in de algemene voorwaarden van Crelan Visa Gold verzekering, kunt u een brief sturen naar Inter Partner Assistance - Gegevensbeschermingsfunctionaris, Regentlaan 7, 1000 Brussel, of een e-mail sturen naar dpo.BNL@axa-assistance.com.

**Ondergetekende verklaart de vragen correct te hebben beantwoord en dat alle informatie en gegevens met betrekking tot de schade juist zijn, en dat de schade niet bij een andere verzekeringsmaatschappij is gemeld. Ondergetekende geeft hierbij toestemming voor het innen bij een derde partij.**

Handtekening van de verzekerde

Datum

Volledig ingevuld en ondertekend formulier, samen met alle vereiste documenten, te versturen naar Inter Partner Assistance:

- bij voorkeur per e-mail : [claims-assistance@axa-assistance.com](mailto:claims-assistance@axa-assistance.com)
- of per post naar: Crelan Visa Classic/Visa Gold - Terugbetalingsdienst Regentlaan 7 - B-1000 Brussel

## Annulering of onderbreking van de reis - Aangifteformulier

### Medisch attest van de behandelend arts dat naar de medisch adviseur van Inter Partner Assistance moet worden gestuurd.

- **Verzekeraar:** Inter Partner Assistance NV - Regentlaan 7 - B - 1000 Brussel  
Telefoonnummer: +32 (0)2 550 04 76 - E-mail: claims-assistance@axa-assistance.com

### Informatie over de reiziger

Naam - Voornaam: .....

Begindatum van onvermogen om te reizen: □□/□□/□□

Redenen voor annulering:  ziekte  ongeval  zwangerschap  andere

### Over de patiënt

Naam - Voornaam: .....

Geboortedatum: □□/□□/□□

### Nauwkeurige beschrijving van de diagnose, redenen voor annulering

Diagnose:

Type zorg:

Uitgevoerde onderzoeken:

Soort medicatie en behandeling:

Eerste datum van patiëntonderzoek:

Datum laatste raadpleging:

Datum waarop de patiënt is geïnformeerd over het feit dat hij niet kan reizen:

— **De woning verlaten**

Toegestaan  Verboden vanaf □□/□□/□□ tot □□/□□/□□

— **Moeten de activiteiten gestaakt worden?**

Nee  Ja, vanaf □□/□□/□□ tot □□/□□/□□

— **Is de patiënt in het ziekenhuis opgenomen?**

Nee  Ja, van □□/□□/□□ tot □□/□□/□□

— **Is de patiënt eerder behandeld voor dezelfde aandoening?**

Nee  Ja, van □□/□□/□□ tot □□/□□/□□

## Achtergrond

Medisch	Chirurgisch

## In geval van zwangerschap

Datum van bevestiging van zwangerschap: □□/□□/□□

Verwachte bevallingsdatum: □□/□□/□□

## Extra mededelingen

.....

.....

.....

.....

.....

Datum □□/□□/□□

Stempel	Handtekening van de arts