

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Assureur :

Inter Partner Assistance
Boulevard du Régent 7
B-1000 Bruxelles
Numéro de téléphone : 02 550 04 78
E-mail claims-assistance@axa-assistance.com

Preneur d'assurance :

KEYTRADE BANK
Boulevard du Souverain 100
B-1170 Bruxelles

KEYTRADE BANK VISA GOLD :

Type de carte Gold Platinum

Numéro de la carte : _____

Nom - Prénom : _____

Adresse _____

Numéro de téléphone / téléphone portable : _____ E-mail : _____

Date de naissance : - - / - / - - -

Pays de résidence :

Remboursement (conformément aux conditions générales)

Numéro de compte bancaire : _____

IBAN : _____ BIC : _____

Nom de l'institution bancaire : _____

Adresse (si l'institution financière) : _____

Votre déclaration peut être traitée dès que nous recevons le formulaire de déclaration complété, les dépenses originales et les pièces justificatives requises. Envoyez le formulaire complété et tous les documents requis dès que possible par e-mail à Inter Partner Assistance, Bd du Régent 7 - 1000 Bruxelles : Claims-assistance@ip-assistance.com

L'assureur :

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance, agréée sous le numéro 0487
Siège social : Bd du Régent 7, B-1000 Bruxelles - RPR Bruxelles - TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB - IBAN BE66 3630 8057 8243

RAPPORT MÉDICAL

A envoyer par médecin traitant au Médecin Conseil d'AXA

Assistance Bd du Régent, 7 - B 1000 Bruxelles

Tel : 02/550.04.78 - E-mail claims-assistance@axa-assistance.com

Patiënt : _____

Adresse : _____

Date de naissance : / /

Depuis quand le patient susmentionné est-il sous votre responsabilité ? _____

Diagnose met ICD-code: _____

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

L'état de santé du patient s'est-il détérioré et, dans l'affirmative, quand ? _____

Précisez dans quelles circonstances le patient a été traité (consultations, examens, suivi éventuel par des spécialistes), s'il a été hospitalisé pour la (les) maladie(s) susmentionnée(s), notamment avant la réservation du voyage et la souscription de l'assurance.

Le patient a-t-il souffert de cette affection ou d'une affection similaire au cours des deux dernières années ?

À quelles dates le patient a-t-il été traité pour une exacerbation de cette affection préexistante ? Veuillez indiquer les dates exactes. Quels médicaments ont été prescrits ? : _____

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

Le patient souffrait-il d'une exacerbation de cette maladie préexistante au moment de la réservation du voyage ou de la souscription de l'assurance. Si oui, quand ?

Avez-vous conseillé au patient de ne pas voyager, et si oui, quand ? _____

--

Le soussigné certifie qu'il a répondu correctement aux questions et que toutes les informations fournies sont exactes. Le soussigné confirme également qu'aucun détail relatif à la demande et aux circonstances ayant conduit à la demande n'a été omis.

Date, signature et cachet médecin

L'assureur :

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance, agréée sous le numéro 0487

Siège social : Bd du Régent 7, B-1000 Bruxelles - RPR Bruxelles - TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB - IBAN BE66 3630 8057 8243

BE-KEY-CLAIM-FR -FRAIS MED_24012024

Coûts de traitement

Date de facturation :	Facture émise par :	Montant de Facture :	Payé /

Documents à joindre à ce formulaire :

- Preuve du paiement du voyage couvert par la carte de crédit CRELAN (copie du relevé de la carte de crédit ou de la facture/du billet).
- Documents originaux prouvant les services couverts : billets de voyage (avion, train, etc.), contrat de location (d'un véhicule, de vacances ou d'un logement), etc.
- Règlements par d'autres assureurs avec références de cas ;
- Confirmation des paiements par d'autres assureurs ou sociétés de cartes de crédit ;
- Les reçus de paiement pour toutes les factures payées ;

Sans ces documents, nous ne pouvons pas traiter votre demande.

Le soussigné certifie qu'il a répondu correctement aux questions et que toutes les informations fournies sont exactes. Le soussigné confirme également qu'aucun détail relatif à la demande et aux circonstances ayant conduit à la demande n'a été omis.

Date et signature du titulaire de la carte de crédit assurée,

L'assureur :

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance, agréée sous le numéro 0487
Siège social : Regentlaan 7, B-1000 Bruxelles - RPR Bruxelles - TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB - IBAN BE66 3630 8057 8243

À remplir uniquement par les personnes affiliées à cette politique qui n'ont pas encore donné leur consentement explicite.

Je confirme avoir pris connaissance des conditions applicables au traitement de mes données à caractère personnel, y compris les données relatives à ma santé, et avoir donné mon consentement à l'assureur pour collecter, conserver, utiliser et transmettre mes données dans le cadre de la gestion de la police d'assurance et conformément aux finalités énoncées dans ces conditions de traitement. L'assureur traitera vos données personnelles dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité. Les données relatives à votre santé ne seront traitées que par des personnes spécialement habilitées travaillant sous le contrôle de professionnels de la santé soumis au secret professionnel.

NB :

- *Un parent ou un tuteur légal doit remplir ce formulaire pour tout bénéficiaire âgé de moins de 18 ans.*
- *Si vous ne consentez pas expressément au traitement de vos données personnelles comme indiqué ci-dessus, l'assureur peut ne pas être en mesure de traiter vos données et de traiter vos demandes de remboursement.*

Veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli et les documents nécessaires, de préférence par courrier, à l'adresse suivante
claims-assistance@axa-assistance.com ou
par courrier à
Assistance interpartenaires
Service de remboursement KEYTRADE BANK VISA card
Regentlaan 7
B-1000 Bruxelles

L'assureur :

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance, agréée sous le numéro 0487
Siège social : Regentlaan 7, B-1000 Bruxelles - RPR Bruxelles - TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB - IBAN BE66 3630 8057 8243