

ALGEMENE INLICHTINGEN

Verzekeraar :

Inter Partner Assistance

Regentlaan 7

B-1000 Brussel

Telefoonnummer : 02 550 04 78

E-mail: claims-assistance@axa-assistance.com**Verzekeringsnemer :**

KEYTRADE BANK

Vorstlaan 100

B-1170 Brussel

KEYTRADE BANK VISA GOLD kaarthouder:Type kaart Platinum Gold

Kaartnummer: _____

Naam - Voornaam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer / GSM: _____ E-mail: _____

Geboortedatum: - - / - - / - - - - [amen van de verzekerden](#)**Land van verblijf:****Terugbetaling (volgens de Algemene Voorwaarden)**

Bankrekeningnummer: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Naam van de bankinstelling: _____

Adres (indien financiële instelling in buitenland): _____

Uw aangifte kan in behandeling worden genomen zodra wij het volledig ingevulde aangifteformulier, de originele onkosten en de benodigde bewijsstukken hebben ontvangen. Stuur het ingevulde formulier en alle vereiste documenten zo snel mogelijk per e-mail naar Inter Partner Assistance, Regentlaan 7 - 1000 Brussel: Claims-assistance@ip-assistance.com

De verzekeraar:

Inter Partner Assistance N.V., verzekeringmaatschappij, toegelaten onder het nummer 0487

Vennootschapszetel : Regentlaan 7, B-1000 Brussel – RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243

BE-KEY-CLAIM-NL-MEDKOST_24012024

MEDISCH RAPPORT

Door de behandelende geneesheer op te sturen naar
de raadsgeneesheer van AXA Assistance
Regentlaan, 7 – B 1000 Brussel
Tel: 02/550.04.78 E-mail: claims-assistance@axa-assistance.com

Patiënt : _____

Adres : _____

Geboortedatum: / /

Datum sedert wanneer u de bovenstaande patiënt reeds onder uw zorg hebt? _____

Diagnose met ICD-code: _____

Wanneer werd de patiënt voor het eerst gezien door een arts voor dit geval? _____

Is de gezondheidstoestand van de patiënt verslechterd en zo ja, wanneer? _____

Vertel ons onder welke omstandigheden de patiënt is behandeld (consulten, onderzoeken, eventuele follow-up door specialisten), of hij/zij in het ziekenhuis is opgenomen voor de bovengenoemde ziekte(n), met name voordat de reis werd geboekt en de verzekering werd afgesloten.

Heeft de patiënt de afgelopen twee jaar last gehad van deze of een vergelijkbare aandoening?

Op welke data werd de patiënt behandeld voor een verergering van deze reeds bestaand aandoening? Geef de exacte data. Welke medicijnen werden voorgeschreven? : _____

Was er een medische opvolging door een specialist of in het ziekenhuis? Zo ja, wanneer?

Had de patiënt last van een verergering van deze reeds bestaande aandoening op het moment dat de reis werd geboekt of de verzekering werd afgesloten. Zo ja, wanneer?

Hebt u de patiënt gewaarschuwd niet te reizen, en zo ja, wanneer? _____

Ondergetekende verklaart dat hij/zij de vragen juist heeft beantwoord en dat alle verstrekte informatie juist is. Ondergetekende bevestigt tevens dat geen gegevens met betrekking tot het schadegeval en de omstandigheden die tot het schadegeval hebben geleid, zijn weggelaten.

Datum, handtekening en stempel arts

De verzekeraar:
Inter Partner Assistance N.V., verzekeringmaatschappij, toegelaten onder het nummer 0487
Vennootschapszetel : Regentlaan 7, B-1000 Brussel – RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243

BE-KEY-CLAIM-NL-MEDKOST_24012024

Internal

Behandelingskosten

Factuurdatum:	Factuur uitgegeven door:	Bedrag van Factuur:	Betaald / onbetaald

Documenten die bij dit formulier moeten worden gevoegd :

- Bewijs van betaling voor de reis die gedekt wordt door de CRELAN creditcard (kopie van het creditcardafschrift of factuur/ticket).
- Originele documenten die de gedekte diensten aantonen: reistickets (vliegtuig, trein, enz.), huurcontract (voor een voertuig, vakantie of accommodatie), enz.
- Elk document dat het gekochte artikel, de aankoopprijs en de aankoopdatum identificeert, zoals een factuur of kassabon;
- Schikkingen door andere verzekeraars met dossierreferenties;
- Bevestiging van betalingen door andere verzekeraars of creditcardmaatschappijen;
- Betalingsbewijzen voor alle betaalde facturen;
- Een officieel document dat de relatie specificeert van de persoon die de annulering doet.

Zonder de bovenstaande documenten kunnen we je verzoek niet in behandeling nemen.

Ondergetekende verklaart dat hij/zij de vragen juist heeft beantwoord en dat alle verstrekte informatie juist is. Ondergetekende bevestigt tevens dat geen gegevens met betrekking tot het schadegeval en de omstandigheden die tot het schadegeval hebben geleid, zijn weggelaten.

+Datum handtekening van de verzekerde creditcardhouder,

Enkel in te vullen door bij deze polis aangesloten personen die nog geen expliciete toestemming hebben gegeven.

Ik bevestig dat ik kennis heb genomen van de voorwaarden die van toepassing zijn op de verwerking van mijn persoonsgegevens, met inbegrip van de gegevens met betrekking tot mijn gezondheid, en dat ik de verzekeraar toestemming heb gegeven om mijn gegevens te verzamelen, op te slaan, te gebruiken en door te geven in het kader van het beheer van de verzekeringspolis en overeenkomstig de doeleinden die in deze verwerkingsvoorwaarden zijn vastgelegd. De verzekeraar zal uw persoonlijke gegevens onder strikte veiligheid- en vertrouwelijkheidsvoorwaarden behandelen. Gegevens met betrekking tot uw gezondheid zullen uitsluitend worden verwerkt door speciaal geautoriseerde personen die werken onder het toezicht van medische professionals die onder het beroepsgeheim vallen.

NB :

- *Een ouder of wettelijke voogd moet dit formulier invullen voor elke begunstigde jonger dan 18 jaar.*
- *Als u niet uitdrukkelijk toestemming geeft voor de verwerking van uw persoonlijke gegevens zoals hierboven vermeld, is het mogelijk dat de verzekeraar uw gegevens niet kan verwerken en uw vorderingen tot terugbetaling niet kan verwerken.*

Gelieve dit ingevulde formulier en de nodige documenten op te sturen:

bij voorkeur per mail naar:

claims-assistance@axa-assistance.com

ofwel per post naar:

Inter Partner Assistance

Dienst terugbetalingen KEYTRADE BANK VISA kaart

Regentlaan 7

B-1000 Brussel

De verzekeraar:

Inter Partner Assistance N.V., verzekeringmaatschappij, toegelaten onder het nummer 0487

Vennootschapszetel : Regentlaan 7, B-1000 Brussel – RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243