

ALGEMENE INLICHTINGEN

Verzekeraar :

Inter Partner Assistance

Louizalaan 166/1

B-1050 Brussel

Telefoonnummer : 02 550 04 78

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

Verzekeringnemer :

KEYTRADE BANK

Vorstlaan 100

B-1170 Brussel

KEYTRADE BANK VISA kaarthouder:

Type kaart Platinum Gold

Kaartnummer: _____

Naam - Voornaam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer / GSM: _____ E-mail: _____

• **Terugbetaling (volgens de Algemene Voorwaarden)**

Bankrekeningnummer: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Naam van de bankinstelling: _____

Adres (indien financiële instelling in buitenland): _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE DE REIS

• **Namen van de verzekerden**

Naam - Voornaam	Naam - Voornaam
1.	4.
2.	5.
3.	6.

• **Reis**

Reservatiedatum: / / Vanaf _____ bestemming _____

Vertrekdatum: / / Vanaf _____ bestemming _____

Indien onderbreking, aantal overblijvende dagen: _____

Totale prijs van de reis: _____

Annulatiekosten: _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET SCHADEGEVAL

• **Reden Annulatie / Onderbreking**

Naam van de betrokken persoon indien anders dan de naam van de kaarthouder van de VISA KEYTRADE

BANK:

De verzekeraar:

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

Vennootschapszetel : Louizalaan 166, B-1050 Brussel - RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB - IBAN BE66 3630 8057 8243

Verwantschap met de verzekerde: _____

Plaats en omstandigheden van het ongeval / overlijden: _____

• **Gedetailleerde beschrijving van de omstandigheden**

- U bent passagier in een openbaar vervoersmiddel / huurwagen
- U werd aangerezen door een openbaar vervoermiddel
- Tijdens het instappen/ het uitstappen
- U was in de vertrekhal / In de aankomsthal van de passagiers
- U was op de terugweg van de instapplaats
- Andere omstandigheden:

Welk zijn de eventuele getuigen van het ongeval /overlijden _____

Naam en voornaam _____

Adres _____

Tel ; _____ E-mail _____

Werd een proces verbaal opgemaakt ? Zo ja door welke politiekorps.

Naam en adres _____

In geval van repatriëring van het stoffelijk overschot / kosten van opsporing en reddingwerken.

Onkosten

Datum	Dienstverlener	Bedrag

INLICHTINGEN BETREFFENDE EVENTUEEL VERHAALRECHT

- Mogelijkheden tot vergoeding en reeds ondernomen acties:

- Bestaat er verhaalrecht ten opzichte van een derde partij? Ja Neen

- Heeft U reeds enige actie ondernomen in die richting? Ja Neen

Indien ja, de welke? _____

De verzekeraar:

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

Vennootschapszetel : Louizalaan 166, B-1050 Brussel – RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243

- **Documenten bij te voegen:**

- Kopie van het reiscontract
- Naam en adres van het ziekenhuis
- Medisch rapport (indien gewenst kan dit ten vertrouwelijke titel onder gesloten omslag ter attentie van onze regulerende arts opgestuurd worden);
- Proces verbaal;
- Bewijs van gebruik openbaar vervoer / huurwagen en/of ongevalsaangifte van de vervoersmaatschappij.
- In geval van overlijden: kopie van de overlijdensakte;
- Kopie van het rekeningafschrift of bericht van afschrijving van de verzekerde waaruit blijkt dat het bedrag van de reis 100% werd betaald met de verzekerde kaart;
- Elk ander document dat uw aanvraag tot terugbetaling rechtvaardigt;
- De originele factuur van de annulatiekosten.

- **Verklaring van de verzekerde**

Ondergetekende verklaart de vragen naar best vermogen, juist en overeenkomstig de waarheid te hebben beantwoord en geen bijzonderheden met betrekking tot deze schade te hebben verzwegen

Handtekening van de verzekerde

Datum

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:

AXA Assistance

Dienst terugbetalingen KEYTRADE BANK VISA kaart

Louizalaan 166/1

B-1050 Brussel

MEDISCH RAPPORT

Door de behandelende geneesheer op te sturen naar:

de raadsgeneesheer van AXA Assistance

Louizalaan, 166/1 – B 1050 Brussel

Tel: 02/550.04.78

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

Patiënt : _____

Adres : _____

Geboortedatum: / /

1. Nauwkeurige omschrijving van de ziekte/het ongeval dat de oorzaak van annulering

/onderbreking is:

Uitgevoerde onderzoeken: _____

Vaststellingen : _____

Datum eerste consultatie: / /

Voorziene duur van de zorgen: _____

Aard van medicatie en behandeling: _____

Duur en frequentie: _____

Datum waarop de patiënt zijn eerste zorgen voor de aandoening heeft ontvangen: / /

Datum laatste consultatie: / /

2. Dient de patiënt gehospitaliseerd te worden?

Neen Ja vanaf / / tot / /

3. Kan de patiënt gerepatrieerd worden ?

Neen Ja

4. Mag de patiënt het huis verlaten?

Toegelaten Verboden vanaf / / tot / /

5. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden?

Neen Ja vanaf / / tot / /

6. Antecedenten:

Medisch: _____

Chirurgisch: _____

7. Bijkomende mededelingen:

Datum: / /

Handtekening

Stempel

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 veiligheids- 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.

De verzekeraar:

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

Vennootschapszetel : Louizalaan 166, B-1050 Brussel – RPR Brussel - BTW BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243