

ALGEMENE INLICHTINGEN

Verzekeraar :

Inter Partner Assistance
Louizalaan 166
B-1050 Brussel
Telefoonnummer : 02 642 45 30
E-mail: claims-ipa@ip-assistance.com

Verzekeringsnemer :

ARGENTA SPAARBANK
Belgiëlei 49-53
B-2018 Antwerpen

ARGENTA VISA GOLD:

Kaartnummer:

- - -

Naam - Voornaam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer / GSM: _____ E-mail: _____

• Namen van de verzekerden

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

• Terugbetaling (volgens de Algemene Voorwaarden)

Bankrekeningnummer: _____

IBAN: _____ BIC: _____

Naam van de bankinstelling: _____

Adres (indien financiële instelling in buitenland): _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE DE REIS

• Reisagentschap

Naam: _____

Contactpersoon: _____

Telefoonnummer: _____ Faxnummer: _____

E-mail: _____

• Touroperator

Naam: _____ PO nummer: _____

Gegevens over de annulatieverzekering indien deze inbegrepen is in de reis _____

• Online boekingstool of rechtstreekse boeking:

Naam website & referentie: _____

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

- **Reis**

Reservatiedatum: / /

Annulatie - onderbrekingsdatum: / /

Vertrekdatum: / /

Terugreisdatum: / /

Indien onderbreking, aantal overblijvende dagen: _____

Land van bestemming: _____

Totale prijs van de reis: _____

Annulatiekosten: _____

INLICHTINGEN BETREFFENDE HET SCHADEGEVAL

- **Reden Annulatie / Onderbreking**

Naam van de betrokken persoon die de oorzaak is van de annulatie / onderbreking:

Verwantschap met de verzekerde: _____

Reden Annulatie / onderbreking: Ziekte Ongeval Overlijden Zwangerschap

Andere (te verduidelijken): _____

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? _____

- **Documenten bij te voegen:**

- Kopie van het reiscontract
- Reisbevestiging van de touroperator of online boekingstool of rechtstreekse boeking;
- Medisch rapport (indien gewenst kan dit ten vertrouwelijke titel onder gesloten omslag ter attentie van onze regulerende arts opgestuurd worden);
- 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 **70%** 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-ipa@ip-assistance.com

ofwel per post naar:

Inter Partner Assistance

Dienst terugbetalingen ARGENTA VISA GOLD kaart

Louizalaan 166

B-1050 Brussel

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

MEDISCH RAPPORT

Door de behandelende geneesheer op te sturen naar:

de raadsgeneesheer van Inter Partner Assistance

Louizalaan, 166 – B 1050 Brussel

Tel: 02/550.04.78

E-mail: claims-ipa@ip-assistance.com

Patiënt : _____

Adres : _____

Geboortedatum: / /

1. Datum sedert wanneer de ongeschiktheid tot reizen bestaat: / /

2. Reden annulatie: Ziekte Ongeval Zwangerschap

3. Nauwkeurige omschrijving van de ziekte/het ongeval dat de oorzaak van annulering /onderbreking is:

Uitgevoerde onderzoeken / Diagnose: _____

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: / /

4. Mag de patiënt het huls verlaten?

O Toegelaten O Verboden vanaf / / tot / /

5. Dienen de activiteiten stilgelegd te worden?

O Neen O Ja vanaf / / tot / /

6. Dient de patiënt gehospitaliseerd te worden?

O Neen O Ja vanaf / / tot / /

7. Datum waarop u de verzekerde reiziger hebt afgeraden om de geplande reis te ondernemen: / /

Waarom? _____

8. Was de patiënt vroeger reeds in behandeling voor dezelfde aandoening?

O Neen O Ja vanaf / / tot / /

Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd? O Neen O Ja

Zo ja, sinds wanneer? / /

9. In geval van zwangerschap

Wanneer werd de zwangerschap bevestigd?..... / /

Welke is de voorziene bevallingsdatum? / /

10. Antecedenten:

Medisch: _____

Chirurgisch: _____

11. 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 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.

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