

Formulaire de demande Intervention Extension de Garantie

Informations générales

Assureur :

Inter Partner Assistance
Boulevard du Régent 7
B - 1000 Bruxelles
Tél. : +32 (0)2 642 45 30
E-mail : claims-assistance@ip-assistance.com

Preneur d'assurance :

ARGENTA Banque d'Épargne
Belgiëlei 49-53
B-2018 Anvers (Antwerpen)

Titulaire de la formule Argenta Gold

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Numéro de téléphone/GSM : _____

E-mail : _____

Numéro de compte de votre formule Gold : _____

Remboursement

Le remboursement (conformément aux conditions générales) peut être effectué, si différence avec le compte ci-dessus, sur le numéro de compte : BE _____

Au nom de : _____

Domage ou défaut

Prix d'achat du bien assuré : _____
(Veuillez joindre la facture)

Date d'achat : _____
(Attention : cet achat doit avoir été réglé avec la formule Gold)

Description du dommage ou du défaut :

L'assureur :

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

Formulaire de demande Intervention Extension de Garantie

Quels sont les documents à envoyer impérativement pour un traitement dans les meilleurs délais ?

- L'original ou une copie de la facture d'achat, indiquant le numéro de série du fabricant.
- Ou un document prouvant l'achat de l'article assuré et indiquant le numéro de série du fabricant s'il ne figure pas sur la facture.
- Preuve de paiement montrant que le montant de l'achat de l'article assuré a été payé avec la formule Gold.
- Une réparation est nécessaire ?
 - La facture de réparation détaillée indiquant :
 - Le nom, l'adresse et la signature de l'assuré(e) ;
 - La date du défaut ;
 - la marque, le type et le modèle de l'objet assuré ;
 - La description du défaut ;
 - La nature du travail effectué ;
 - Le devis d'un réparateur (portant le cachet officiel du réparateur) avec le détail des pièces détachées, des dépenses et des frais de main d'œuvre.

Déclaration de l'assuré(e)

Le/la soussigné(e) déclare avoir répondu aux questions au mieux de ses capacités, correctement et conformément à la vérité et n'avoir dissimulé aucun détail relatif à cette demande.

Signature de l'assuré(e) :

Date :

Envoyez ce formulaire complété et les documents nécessaires.

De préférence par e-mail à l'adresse suivante :
claims-assistance@ip-assistance.com

Ou par courrier à :
Inter Partner Assistance
Service Remboursements ARGENTA
Boulevard du Régent 7
B-1000 Bruxelles

L'assureur :

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