

INFORMATIONS GENERALES

Assureur :

Inter Partner Assistance
Avenue Louise 166
B-1050 Bruxelles
Tél : 02 642 45 30
E-mail : claims-ipa@ip-assistance.com

Preneur d'assurance :

Argenta Spaarbank
Belgiëlei 49-53
B-2018 Antwerpen

Titulaire de la carte de CRÉDIT GOLDEN :

Numéro de la carte : _____

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

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

Remboursement (selon les Conditions Générales)

Numéro de compte bancaire : _____

IBAN : _____ BIC : _____

Nom de l'institution bancaire : _____

Adresse (en cas d'institution financière à l'étranger) : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE VOYAGE

Nombre de voyageurs

Nom - Prénom	Nom - Prénom
1.	4.
2.	5.
3.	6.

Voyage

Date de départ : / / A partir de _____ destination _____

Date d'arrivée : / / A partir de _____ destination _____

En cas d'interruption, combien de jours restants : _____

Date de paiement du voyage : / / Prix total du voyage : _____

Frais d'annulation / interruption : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

Cause d'annulation / Interruption

Identité et adresse de/des victime(s), si elle diffère de la titulaire de la carte DE CRÉDIT GOLDEN :

_____**L'assureur:**

Inter Partner Assistance S.A., entreprise d'assurance enregistrée sous le numéro 0487
Siège social: Avenue Louise 166, B-1050 Bruxelles – RPR Bruxelles – TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243

Liens de parenté avec l'assuré : _____

Lieu et circonstances de l'accident / décès _____

Description détaillée des circonstances

- Vous étiez passager d'un moyen de transport public / voiture de location
- Vous avez été heurté par un moyen de transport public
- Pendant l'embarquement / le débarquement
- Vous étiez dans le hall des départs / arrivées pour les passagers
- Vous étiez sur le chemin de retour du lieu d'embarquement
- Autres circonstances :

Quels sont les témoins éventuels de l'accident / décès _____

Nom et prénom _____

Adresse _____

Tél ; _____ E-mail _____

Un procès-verbal a-t-il été dressé ? Par quel corps de police ?

Nom et adresse _____

En cas de rapatriement de la dépouille / frais de recherche et de sauvetage

Frais déboursés

Date	Prestataires	Montant

INFORMATIONS CONCERNANT UN EVENTUEL RECOURS

- Possibilités de compensation et actions déjà entreprises :

- Existe-t-il un droit d'action / de recouvrement auprès d'une tierce partie ? Oui Non

- Avez-vous entrepris vous-même une action à cet égard ? Oui Non

Si oui, laquelle ? _____

- **Documents à joindre :**

- Copie de la facture du voyage ;
- Nom et adresse de l'hôpital ;
- Rapport médical (si souhaité, vous pouvez envoyer le rapport à titre confidentiel sous enveloppe scellée à notre médecin régulateur) ;
- Procès-verbal
- Document prouvant l'utilisation d'un moyen de transport / voiture de location et/ou déclaration d'accident à la compagnie de transport
- En cas de décès : copie de l'acte de décès ;
- Les notes de débit prouvant que le voyage en question a bien été payé à 70% à l'aide de la carte assurée
- Tout autre document pouvant étayer votre demande de remboursement ;
- Facture du tour-opérateur reprenant les faits d'annulation.

- **Déclaration de l'assuré**

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations données sont exactes. Le soussigné confirme également qu'aucune information liée au sinistre et aux circonstances qui l'ont causé n'a été omise.

Signature de l'assuré

Date

Merci d'envoyer le formulaire complété ainsi que tous les documents requis :
de préférence par mail à :
claims-ipa@ip-assistance.com
ou par courrier:
Inter Partner Assistance
Service remboursement Carte de crédit Golden
Av Louise 166
B-1050 Bruxelles

RAPPORT MÉDICAL

À renvoyer par le médecin traitant au :
Médecin conseil d'Inter Partner Assistance
Av. Louise, 166 – B 1050 Bruxelles
Tél : 02/550.04.78
E-mail : claims-ipa@ip-assistance.com

Patient : _____

Adresse : _____

Date de naissance : / /

1. Description détaillée des suites de l'accident cause de l'interruption :

Examens pratiqués : _____

Constatations : _____

Date de la 1^{ère} consultation: / /

Durée prévue des soins : _____

Nature du traitement et des soins : _____

Durée et fréquence : _____

Date à laquelle le patient a reçu le 1^{er} traitement: / /

Date de la dernière consultation: / /

2. Le patient doit-il être hospitalisé?

Non

Oui du / / au / /

3. Le patient peut-il être rapatrié?

Non

Oui

4. Le patient peut quitter la maison ?

Autorisé

Interdite du / / au / /

5. Les activités doivent-elles être restreintes ?

Non

Oui du / / au / /

6. Antécédents :

Médicaux : _____

Chirurgicaux : _____

7. Renseignements complémentaires

Date: / /

Signature

Cachet

A remplir uniquement par les personnes affiliées à la police qui n'ont pas encore donné leur accord explicite

Je confirme avoir pris connaissance des conditions applicables au traitement de mes données personnelles, en ce compris les données ayant trait à ma santé, et autorise dès lors l'assureur à recueillir, à conserver, à utiliser et à transférer mes données dans le cadre de la gestion de la police d'assurances et des finalités définies dans ces mêmes conditions de traitement. L'assureur traitera vos données personnelles dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité. Les données ayant trait à votre santé seront traitées seulement par les personnes habilitées sous la supervision 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 n'autorisez pas expressément le traitement de vos données à caractère personnel comme précisé ci-dessus, l'assureur pourrait ne pas être en mesure de traiter vos données et de traiter vos demandes de remboursement.*

L'assureur:

Inter Partner Assistance S.A., entreprise d'assurance enregistrée sous le numéro 0487
Siège social: Avenue Louise 166, B-1050 Bruxelles – RPR Bruxelles – TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243