

## Algemene informatie

### Verzekeraar:

Inter Partner Assistance  
Regentlaan 7  
B-1000 Brussel  
Tel.: 02 642 45 30  
E-mail: claims-assistance@ip-assistance.com

### Verzekeringnemer:

ARGENTA SPAARBANK  
Belgiëlei 49-53  
B-2018 Antwerpen

## Titularis Argenta Gold-pakket

Naam – Voornaam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telefoon/gsm-nummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Rekeningnummer van uw Gold-pakket: BE \_\_\_\_\_

**Namen van de verzekerden** (titularis van het Gold-pakket en leden van zijn familie die onder hetzelfde dak wonen)

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

## Terugbetaling

Terugbetaling (volgens de Algemene Voorwaarden) mag gebeuren, als dat verschillend is van bovenstaande rekening, op rekeningnummer: BE \_\_\_\_\_

Op naam van: \_\_\_\_\_

### 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

## Informatie over de reis (vul in wat past)

### Reisagentschap

Naam: \_\_\_\_\_

Contactpersoon: \_\_\_\_\_

Telefoonnummer: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## Online boekingsstool of rechtstreekse boeking

Naam website & referentie: \_\_\_\_\_

## Details over uw reis

Reservatiedatum: ..... / ..... / .....

Geplande vertrekdatum: ..... / ..... / ..... Geplande terugreisdatum: ..... / ..... / .....

Land van bestemming: \_\_\_\_\_

Totale prijs van de reis: \_\_\_\_\_

## Informatie over het schadegeval

Annulatie/onderbrekingsdatum: ..... / ..... / .....

Annulatiekosten: \_\_\_\_\_

Bij onderbreking: aantal overblijvende dagen: \_\_\_\_\_

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): \_\_\_\_\_

### 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

## Welke documenten moet u zeker meesturen voor een vlotte afhandeling?

- Kopie van het reiscontract.
- Reisbevestiging van de touroperator of online boekingstool of rechtstreekse boeking.
- Ingevuld Medisch rapport (zie volgende bladzijde). Dit kunt u ten vertrouwelijke titel onder gesloten omslag ter attentie van onze regulerende arts opsturen.
- Bij overlijden: kopie van de rouwbrief.
- Bewijs van betaling waaruit blijkt dat het aankoopbedrag van het verzekerde item werd betaald vanuit het Gold-pakket.
- 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:

Stuur dit ingevulde formulier en de nodige documenten op.

**Bij voorkeur via mail naar:**  
claims-assistance@ip-assistance.com

**Of via post naar:**  
Inter Partner Assistance  
Dienst terugbetalingen ARGENTA  
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

## Medisch rapport

Door de behandelende geneesheer op te sturen naar:

Raadsgeneesheer van Inter Partner Assistance  
Regentlaan 7 – B 1000 Brussel  
Tel.: 02 550 04 78  
E-mail: claims-assistance@ip-assistance.com

Patiënt: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum: ..... / ..... / .....

1. Datum sinds de patiënt niet meer kan reizen: ..... / ..... / .....

2. Reden annulatie:       Ziekte       Ongeval       Zwangerschap

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

Uitgevoerde onderzoeken: \_\_\_\_\_

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 huis verlaten?

Toegelaten

Verboden vanaf ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

5. Moet de patiënt al zijn activiteiten stilleggen?

Neen

Ja, vanaf ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

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

6. Moet de patiënt gehospitaliseerd worden?

- Neen
- Ja, vanaf ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

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

..... / ..... / .....

Waarom? \_\_\_\_\_

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

- Neen
- Ja, vanaf ..... / ..... / ..... tot ..... / ..... / .....

Zo ja, was de aandoening gestabiliseerd?

- Neen
- Ja → Sinds wanneer? ..... / ..... / .....

9. Bij zwangerschap

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

Wat is de voorziene bevallingsdatum? ..... / ..... / .....

10. Antecedenten:

Medisch: \_\_\_\_\_

Chirurgisch: \_\_\_\_\_

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

11. Bijkomende mededelingen:

---

---

---

---

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening:

Stempel

---

---

*(Alleen personen die bij deze polis aangesloten zijn en nog geen expliciete toestemming hebben gegeven, moeten onderstaande bevestiging aanvinken.)*

- Ik bevestig dat ik kennis heb genomen van de voorwaarden die van toepassing zijn op de verwerking van mijn persoonsgegevens, inclusief de gegevens over 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 over uw gezondheid worden uitsluitend verwerkt door speciaal geautoriseerde personen onder het toezicht van medische professionals die onder het beroepsgeheim vallen.

**Opgelet:**

- Een ouder of wettelijke voogd moet dit formulier invullen voor elke begunstigde jonger dan 18 jaar.
- Enkel als u uitdrukkelijk toestemming verleent voor de verwerking van uw persoonlijke gegevens, kan de verzekeraar uw gegevens verwerken en uw vorderingen tot terugbetaling verwerken.

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