

# Déclaration de sinistre Assurance voyage

## Informations générales

**Assureur :**

Inter Partner Assistance  
Boulevard du Régent 7  
B-1000 Bruxelles  
Tél. : 02 642 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 : \_\_\_\_\_

## Noms des personnes assurées (titulaire de la formule Gold et membres de sa famille vivant sous le même toit)

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

## 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 : \_\_\_\_\_

**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

# Déclaration de sinistre Assurance voyage

## Informations sur le voyage (remplissez ce qui convient)

### Agence de voyage

Nom : \_\_\_\_\_

Personne de contact : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

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

### Outil de réservation en ligne ou réservation directe

Nom et référence du site web : \_\_\_\_\_

### Détails de votre voyage

Date de réservation : ..... - ..... - .....

Date de départ prévue : ..... - ..... - .....      Date de retour prévue : ..... - ..... - .....

Pays de destination : \_\_\_\_\_

Prix total du voyage : \_\_\_\_\_

### Informations sur le sinistre

Date d'annulation/d'interruption : ..... - ..... - .....

Frais d'annulation : \_\_\_\_\_

En cas d'interruption : nombre de jours restants : \_\_\_\_\_

Nom de la personne impliquée qui a causé l'annulation/interruption :

\_\_\_\_\_

Lien de parenté avec l'assuré : \_\_\_\_\_

Raison de l'annulation/interruption :

Maladie

Accident

Décès

Grossesse

Autre (à préciser) : \_\_\_\_\_

#### 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

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

- Copie du contrat de voyage
- Confirmation du voyage par le tour-opérateur, l'outil de réservation en ligne ou la réservation directe.
- Rapport médical complété (voir page suivante). Vous pouvez l'envoyer en toute confidentialité sous pli fermé à l'attention de notre médecin régulateur.
- En cas de décès : copie du faire-part de décès
- Preuve de paiement montrant que le montant de l'achat de l'article assuré a été payé avec le compte de la formule Gold.
- Tout autre document justifiant votre demande de remboursement
- La facture originale des frais d'annulation

## 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](mailto: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

# Déclaration de sinistre Assurance voyage

## Rapport médical

À envoyer par le médecin traitant à :

Médecin Conseil Inter Partner Assistance  
Boulevard du Régent 7 - B 1000 Bruxelles  
Tél. : 02 550 04 78  
E-mail : [claims-assistance@ip-assistance.com](mailto:claims-assistance@ip-assistance.com)

Patient : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : ..... - ..... - .....

1. Date depuis laquelle le patient n'a pas pu voyager : ..... - ..... - .....

2. Motif de l'annulation :     Maladie             Accident             Grossesse

3. Description précise de la maladie/de l'accident qui est à l'origine de l'annulation/interruption :

Examens réalisés : \_\_\_\_\_

Date de la première consultation : ..... - ..... - .....

Durée prévue des soins : \_\_\_\_\_

Nature de la médication et du traitement : \_\_\_\_\_

Durée et fréquence : \_\_\_\_\_

Date à laquelle le patient a reçu ses premiers soins pour cette affection : ... - ... - .....

Date de la dernière consultation : ..... - ..... - .....

4. Le patient peut-il quitter son domicile?

- Oui
- Non, sortie interdite du ..... - ..... - ..... au ..... - ..... - .....

5. Le patient doit-il arrêter toutes ses activités ?

- Non
- Oui, du ..... - ..... - ..... au ..... - ..... - .....

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

## Déclaration de sinistre Assurance voyage

6. Le patient doit-il être hospitalisé ?

- Non
- Oui, du ..... - ..... - ..... au ..... - ..... - .....

7. Date à laquelle vous avez déconseillé au voyageur assuré d'entreprendre le voyage prévu :

..... - ..... - .....

Pourquoi ? \_\_\_\_\_

8. Le patient a-t-il déjà été traité pour la même affection ?

- Non
- Oui, du ..... - ..... - ..... au ..... - ..... - .....

Si oui, l'affection était-elle stabilisée ?

- Non
- Oui → Depuis quand ? ..... - ..... - .....

9. En cas de grossesse

Quand la grossesse a-t-elle été confirmée ? ..... - ..... - .....

Quelle est la date d'accouchement prévue ? ..... - ..... - .....

10. Antécédents :

Médicaux : \_\_\_\_\_

Chirurgicaux : \_\_\_\_\_

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

# Déclaration de sinistre Assurance voyage

11. Informations supplémentaires :

---

---

---

---

Date : ..... - ..... - .....

Signature :

Cachet :

---

---

*(Seules les personnes affiliées à cette police et qui n'ont pas encore donné leur consentement explicite doivent cocher la confirmation ci-dessous).*

- Je confirme avoir pris connaissance des conditions applicables au traitement de mes données personnelles, y compris les données concernant ma santé, et avoir donné mon accord à l'assureur pour collecter, stocker, utiliser et transmettre mes données dans le cadre de la gestion de la police d'assurance et conformément aux finalités énoncées dans ces conditions de traitement.

L'assureur traitera vos données personnelles dans des conditions strictes de sécurité et de confidentialité. Les données relatives à votre santé ne seront traitées que par des personnes spécialement autorisées, sous le contrôle de professionnels de la santé soumis au secret professionnel.

**Attention :**

- Un parent ou un tuteur légal doit remplir ce formulaire pour tout bénéficiaire âgé de moins de 18 ans.
- Ce n'est que si vous consentez expressément au traitement de vos données personnelles que l'assureur peut traiter vos données et traiter vos demandes de remboursement.

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