

Déclaration de sinistre annulation et interruption de voyage

INFORMATIONS GENERALES

Assureur :

Inter Partner Assistance

Avenue Louise 166

B-1050 Bruxelles

E-mail : Claims-assistance@ip-assistance.com

Preneur d'assurance :

Ardenne Résidences

Boulevard du Midi 37

6900 Marche-en-Famenne

Client:

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

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

• **Noms des assurés**

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

• **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

• **Agence de voyage**

Nom : _____

Personne de contact : _____

Numéro de téléphone : _____ Fax : _____

E-mail : _____

• **Tour-opérateur**

Nom : _____ Numéro PO : _____

Coordonnées de l'assurance annulation si incluse dans le voyage : _____

• **Site de réservation online ou réservation directe:**

Nom du site web & référence : _____

• **Voyage**

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

Déclaration de sinistre annulation et interruption de voyage

Date de réservation : / /

Date d'annulation – interruption : / /

Date de départ : / /

Date d'arrivée : / /

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

Destination : _____

Prix total du voyage : _____

Frais d'annulation : _____

INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

- **Cause d'annulation / interruption**

Nom de la personne sinistrée à l'origine de la demande d'annulation / interruption :

Liens de parenté avec l'assuré : _____

Cause de l'annulation/interruption : Maladie Accident Décès Grossesse

Autres (à préciser) : _____

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 du contrat de voyage
- Confirmation de voyage du tour-opérateur ou réservation online ou réservation en direct ;
- Rapport médical (si souhaité, vous pouvez envoyer le rapport à titre confidentiel sous enveloppe scellée à notre médecin régulateur) ;
- En cas de décès : copie de l'acte de décès ;
- 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-assistance@ip-assistance.com

ou par courrier :

Inter Partner Assistance
Service remboursement Ardenne Résidences
Av Louise 166
B-1050 Bruxelles

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

Déclaration de sinistre annulation et interruption de voyage

RAPPORT MÉDICAL

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

Patient : _____

Adresse : _____

Date de naissance : / /

1. Date du début de l'impossibilité de voyager : / /

2. Raison d'annulation : Maladie Accident Grossesse

3. Description détaillée de l'affection / accident cause de l'annulation / interruption :

Examens pratiqués / Diagnose : _____

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: / /

4. Le patient peut quitter la maison ?

O Autorisé O Interdite du / / au / /

5. Les activités doivent-elles être restreintes ?

O Non O Oui du / / au / /

6. Le patient doit-il être hospitalisé ?

O Non O Oui du / / au / /

7. Date à laquelle vous avez déconseillé à l'assuré d'entreprendre le voyage : / /

Pourquoi ? _____

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

Déclaration de sinistre annulation et interruption de voyage

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

Non Oui du / / au / /

Si oui, l'état a été stabilisé ? Non Oui

Si oui, depuis quand ? / /

9. En cas de grossesse

Date à laquelle la grossesse a été constatée ? / /

Quand est prévu le terme ? / /

10. Antécédents :

Médicaux : _____

Chirurgicaux : _____

11. Renseignements complémentaires

Date: / /

Cachet

Signature

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

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

Déclaration de sinistre annulation et interruption de voyage

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

Internal