ing.be

ING

Déclaration de sinistre - Annulation de voyage

INFORMATIONS GENERALES

Assureur : Inter Partner Assistance
Boulevard de la Régence 7
B-1000 Bruxelles
Téléphone : 02 550 06 00
E-mail : claims-ipa@ip-assistance.com

Intermédiaire d'assurance : ING Belgium S.A.
Avenue Marnix, 24
B-1000 Bruxelles

- **Assuré**

Numéro de police : __ - _____ - _____

Nom : _____

Adresse : _____

_____

Numéro de téléphone / GSM :_____E-mail _____

- **Noms des accompagnants assurés**

Nom et prénom	Nom et prénom
1.	2.
3.	4.
5.	6.
7.	8.
9.	

- **Remboursement (cf. Conditions de police)**

Numéro de compte bancaire pour règlement du sinistre : _|_|_|-_|_|_|_|_|_|_|-_|_|

IBAN_____SWIFT_____

Nom de l'institution financière : _____

Adresse (si banque étrangère) :_____

INFORMATIONS SUR LE VOYAGE

- **Agence de voyage**

Nom_____

Nom de la personne de contact _____

Numéro de téléphone : _____

E-mail: _____

- **Tour-opérateur**

Nom _____

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

- **Voyage**

Date de réservation :_____Date d'annulation :_____

Date de départ :_____Date d'arrivée :_____

Destination : _____

Prix total du voyage _____

Frais d'annulation : _____

ing.be

ING

Déclaration de sinistre - Annulation de voyage

INFORMATIONS CONCERNANT LE SINISTRE

- **Causes de l'annulation**

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

_____

Liens de parenté avec l'assuré : _____

Cause de l'annulation : ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Décès ☐ Grossesse

☐ Autres (à préciser) : _____

INFORMATIONS SUR UN RECOURS EVENTUEL

- 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, la quelle ? _____

- **Documents à joindre :**
  - Copie du contrat de voyage
  - Confirmation de voyage du tour-operator
  - En cas de maladie : attestation et questionnaire médical justifiants l'annulation
  - En cas de décès : copie de l'attestation administrative de décès.
  - Tout autre document pouvant étayer votre demande de remboursement.
  - Facture du tour-operator reprenant les frais d'annulation (à envoyer après réception)

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.

Date et signature de l'assuré **Cachet de l'agence de voyage**

Merci d'envoyer le formulaire complété ainsi que tous les documents requis à **Inter Partner Assistance à l'adresse suivante :**
Boulevard de la Régence 7
B-1000 Bruxelles - Belgique

L'assureur:
Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance agréée sous le numéro de code 0487
Siège social : Boulevard de la Régence 7, B-1000 Bruxelles – TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243

ing.be

ING

Déclaration de sinistre - Annulation de voyage

Formulaire Médical

à renvoyer par le Médecin traitant au Médecin conseil d'Inter Partner Assistance
Boulevard de la Régence 7 – 1000 Bruxelles
Tél : 02/550.04.00 – E-mail : claims-ipa@ip-assistance.com

- **Concernant le demandeur :**

Nom :	Prénom:

1. Date du début de l'impossibilité de voyager : …… / …… / ……
2. Raison de l'annulation : ☐ Maladie ☐ Accident ☐ Grossesse

- **Concernant le patient**

Nom :	Prénom:	Date naissance : …… / …… / ……

- **Description détaillée de l'affection, cause de l'annulation :**

Diagnostic :	
- Nature des soins :	
- Examens pratiqués :	
- Nature du traitement :	
- Date de la 1ère consultation	…… / …… / ……
- Date de la dernière consultation :	…… / …… / ……
- Date à laquelle le patient a été informé de l'incapacité de voyager	…… / …… / ……

- **Sortie :**

O Autorisée O Interdite, du …… / …… / …… au …… / …… / ……

- **Les activités doivent-elles être restreintes ?**

O Non O Oui, du …… / …… / …… au …… / …… / ……

- **Le patient doit-il être hospitalisé ?**

O Non O Oui, du ……/ …… / …… au …… / …… / ……

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

O Non O Oui, du …… / …… / …… au …… / …… / ……

- **Antécédents :**

- Médicaux :
- Chirurgicaux :

- **En cas de grossesse :**

- Date à laquelle la grossesse a été constatée : ……. / …… / ……
- Terme prévu le : …… / …… / ……

Renseignements complémentaires :

Date : …… / …… / …… Cachet Signature

☐ Je confirme que je donne mon autorisation à l'assureur de traiter les données ayant trait à ma santé et/ou d'autres informations personnelles sensibles ainsi que celles des autres assurés dans la mesure nécessaire pour l'exécution des prestations garanties. Les données concernant la santé et/ou d'autres informations sensibles sont toujours traitées sous la supervision d'un professionnel des soins de santé. Une liste des catégories de personnes ayant accès à ces données est disponible chez Inter Partner Assistance SA, Avenue Louise 166 PB1, 1050 Bruxelles. (Déclaration conforme à l'article 7, § 2, a, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel concernant la santé)

L'assureur:
Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance agréée sous le numéro de code 0487
Siège social : Boulevard de la Régence 7, B-1000 Bruxelles – TVA BE 0415.591.055. BIC BBRUBEBB – IBAN BE66 3630 8057 8243