

INFORMATIONS GENERALES

Assureur :

Inter Partner Assistance

Avenue Louise 166/1

B - 1050 Bruxelles

Tel: +32 (0)2 550 04 78

E-mail: claims-assistance@axa-assistance.com

Preneur d'assurance :

KEYTRADE BANK

Bd du Souverain 100

B-1170 Bruxelles

Titulaire de la carte VISA KEYTRADE BANK:

Nom – Prénom : _____

Adresse : _____

Type de carte:

Platinum Gold

Numéro de carte: _____

Assuré:

Nom - Prénom : _____

Adresse : _____

Lien de parenté avec le titulaire de la carte VISA KEYTRADE BANK : _____

Date de naissance : _____

Téléphone– GSM : _____

E-mail: _____

REMBOURSEMENT

Remboursement (suivant les Conditions Générales)

Numéro de compte bancaire : _____

SWIFT (BIC) : _____

IBAN : _____

Nom et adresse de l'institution bancaire : _____

_____**L'assureur:**

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance agréée auprès de la BNB sous le numéro 0487.

Siège social: Av. Louise 166, B -1050 Bruxelles – RPR Bruxelles – VAT No. BE 0415.591.055.–BIC: BBRUBEBB – IBAN: BE66 3630 8057 8243.

SINISTRE

(A compléter par le titulaire de la carte VISA KEYTRADE BANK)

Date et heure du retrait avec la carte VISA KEYTRADE BANK : _____

Date et heure à laquelle le sinistre s'est produit : _____

Montant des espèces volées _____

Lieu et circonstances du sinistre :

Description :

Possibilité de compensation :

Existe-t-il un droit de recouvrement auprès d'une tierce partie?

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

L'assureur:

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance agréée auprès de la BNB sous le numéro 0487.

Siège social: Av. Louise 166, B -1050 Bruxelles – RPR Bruxelles – VAT No. BE 0415.591.055.-BIC: BBRUBEBB – IBAN: BE66 3630 8057 8243.

ATTESTATION

Date et heure du dépôt de plainte à la police : _____

Précisez les circonstances de l'agression (lieu, faits..) : _____

Documents à joindre :

- Le procès-verbal de la plainte
- La copie du décompte de la carte de crédit prouvant le retrait avec la carte de crédit à un distributeur automatique d'argent liquide ;
- Copie du certificat médical ou témoignage relatant par écrit les circonstances du vol aggravé, daté, signé ou toute autre preuve du vol aggravé ;

Déclaration de l'assuré

Le soussigné déclare avoir répondu aux questions de manière correcte et que toutes les informations et données concernant le dommage sont exactes et que le sinistre n'a pas été soumis à une autre société. Le soussigné donne par la présente la permission de recouvrement auprès d'une tierce partie.

Signature de l'assuré

Date

Merci d'envoyer le formulaire complété ainsi que tous les documents requis de préférence par e-mail à :

claims-assistance@axa-assistance.com

ou par la poste à :

AXA Assistance

Service remboursement KEYTRADE BANK Carte VISA

Avenue Louise 166/1

B-1050 Bruxelles

L'assureur:

Inter Partner Assistance S.A., compagnie d'assurance agréée auprès de la BNB sous le numéro 0487.

Siège social: Av. Louise 166, B -1050 Bruxelles – RPR Bruxelles – VAT No. BE 0415.591.055.–BIC: BBRUBEBB – IBAN: BE66 3630 8057 8243.