

Formulaire de demande de remboursement

Veuillez remplir ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**. Vous pouvez également utiliser nos Services numériques MyHealth pour effectuer votre demande de remboursement en ligne : www.allianzcare.com/fr/myhealth.html

! N'oubliez pas d'envoyer vos demandes de remboursement dans les délais indiqués dans votre guide de l'affilié disponible sur www.allianzcare.com/en/group-hub/eurotrainees.html

Informations sur le patient

Institution Eurotraînée

Numéro de police personnel (Ne s'applique pas s'il s'agit de votre première demande de remboursement)

Numéro de police collective de l'institution de l'UE (Ce numéro figure sur votre certificat d'assurance)

Date de naissance / /

Prénom

Nom

Adresse de correspondance actuelle

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

Adresse e-mail personnelle

Nom du titulaire de la police (si différent du patient)

Êtes-vous titulaire d'une couverture santé nationale/publique dans votre pays d'origine/de résidence (par exemple, la CFE) ? Oui ☐ Non ☐

Si oui, veuillez indiquer le nom de la couverture fournie ainsi que votre numéro d'affilié/de Sécurité sociale.

2 Informations sur le demandeur (si différent du patient mentionné dans la section 1)

Prénom

Nom

Date de naissance / / Sexe : Masculin ☐ Féminin ☐

3 Informations sur le paiement

Veuillez cocher l'une des options ci-dessous et fournir les informations requises.

Option 1 : Remboursement au prestataire de santé * (par ex. hôpital, spécialiste) ☐ (Les coordonnées bancaires ci-dessous ne sont pas nécessaires pour cette option)

Option 2 : Remboursement à l'assuré ☐

Mode de paiement souhaité : Virement bancaire** ☐ Chèque*** ☐

Veuillez préciser la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé (assurez-vous que votre compte bancaire accepte la devise choisie)

Option 3 : Remboursement à un tiers ☐

Nom du titulaire du compte tel qu'il apparaît sur votre relevé bancaire

Numéro du compte

IBAN (le cas échéant) ****

Code agence Code Swift/BIC****

Nom de la banque

Adresse de la banque

Code ABA/ACH (pour les comptes bancaires américains uniquement)

Adresse du titulaire du compte aux États-Unis

Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour effectuer des transactions internationales dans votre pays (par ex. : code apporteur, numéro de taxe), veuillez les indiquer ici :

Code Swift de la banque intermédiaire (le cas échéant)

* Si vous n'avez pas payé le prestataire de santé.

** Pour un virement bancaire, veuillez indiquer vos coordonnées bancaires.

*** Les chèques à l'ordre du titulaire de la police seront envoyés à l'adresse de correspondance fournie en section 1

**** Si votre banque est domiciliée dans l'Union européenne ou si votre pays requiert le numéro IBAN (par ex. Qatar, Arabie saoudite, Angola, Tunisie, Turquie), veuillez à indiquer le numéro IBAN et le code BIC/Swift afin de permettre le paiement de vos remboursements.

4 Informations sur la demande de remboursement

Veillez remplir toutes les sections du tableau suivant à l'aide des informations figurant sur chaque facture/reçu.
Veillez noter que pour tous frais médicaux en Chine, vous devez fournir une facture Fa Piao. Si le diagnostic/problème de santé n'apparaît pas sur la facture/reçu, vous devez nous fournir cette information ci-dessous. S'il n'y a pas suffisamment d'espace dans le tableau suivant, veuillez utiliser une page séparée.

Description des frais/traitements	Diagnostic/pathologie médicale	Nom du prestataire	Montant facturé	Devise	Avez-vous réglé cette facture ?
					Oui ☐ Non ☐
					Oui ☐ Non ☐
					Oui ☐ Non ☐
					Oui ☐ Non ☐
					Oui ☐ Non ☐
Montant total des frais					
(Veillez noter que le montant total indiqué ici est uniquement correct si toutes les factures sont émises dans la même devise. Si les frais pour lesquels vous demandez le remboursement sont dans différentes devises, veuillez ne pas tenir compte du montant total)					

Dans quel pays le traitement a-t-il eu lieu ?

À remplir uniquement en cas de grossesse : Date d'accouchement prévue

Demande de remboursement résultant d'un accident ou d'une blessure :

Cette demande de remboursement résulte-t-elle d'un accident ou d'une blessure ?

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Date de l'accident/de la blessure

Détails de l'accident / de la blessure

Êtes-vous titulaire d'une autre police d'assurance (par ex. une assurance voyage) ?

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom de l'assureur

Numéro de police

L'accident / la blessure a-t-il/a-t-elle été causé(e) par une tierce personne ?

Si oui, veuillez fournir les informations suivantes :

Nom de la tierce personne

Nom de l'assureur de la tierce personne

Numéro de police de la tierce personne

Si possible, veuillez nous envoyer une copie du rapport de police à claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

5 Informations sur le prestataire de santé

Nom du médecin/spécialiste																								
Qualification/spécialité																								
Nom de l'hôpital/clinique																								
Adresse																								
Número de téléphone	INDICATIF PAYS				INDICATIF REGIONAL																			
Fax	INDICATIF PAYS				INDICATIF REGIONAL																			
E-mail																								

Pour les demandes de remboursement de kinésithérapie ou psychothérapie uniquement, veuillez fournir toutes les références suivantes :

Nom du médecin référent																								
Número de téléphone	INDICATIF PAYS				INDICATIF REGIONAL																			
Date à laquelle votre médecin vous a orienté	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A														

6 Informations médicales

Indiquez le type de pathologie : Aiguë ☐ Chronique ☐ Épisode aigu d'une pathologie chronique ☐

Merci d'indiquer les détails des symptômes ou de la pathologie ayant nécessité le traitement :

Code CIM9/10/DSM-IV

Détails des symptômes ou de la pathologie

À quelle date le patient vous a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois ?

À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?

Signature et cachet officiel

 Signature du médecin

Date

Cachet officiel du prestataire médical

7 Vos données personnelles

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles et que vous devez consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html

Vous pouvez également nous contacter au + 32 2 210 6501 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour plus d'informations sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 Déclaration

J'atteste sur l'honneur que cette demande de remboursement ne contient pas d'information fausse, trompeuse ou incomplète. Je comprends que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse, le contrat sera résilié à partir de la date à laquelle la fraude sera découverte et je serai passible de poursuites.

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz, à ses conseillers médicaux, à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables.

Si le patient est mineur, cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.

 Signature du patient

Date

9 Nous avons besoin de votre consentement

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous avons besoin de votre consentement pour pouvoir traiter vos informations médicales et régler vos dépenses médicales. Si vous ne nous avez pas encore donné votre consentement, rendez-vous sur my.allianzcare.com/myhealth/login, connectez-vous et cochez les champs appropriés. Vous pouvez également télécharger le formulaire de consentement disponible sur www.allianzcare.com/fr/consent-form. Un formulaire papier est disponible sur demande. Veuillez noter que chaque personne de plus de 18 ans assurée sous cette police doit donner son consentement.

10 Désignation d'un tiers

En tant que demandeur, j'autorise

à agir en mon nom et au nom de mes ayants droit nommés dans ce formulaire (le cas échéant), en ce qui concerne la gestion de cette demande de remboursement, ce qui peut inclure la communication d'informations médicales confidentielles.



Signature du demandeur

Nom du demandeur en lettres capitales

Date / /

Il est de votre responsabilité de garder tous les justificatifs originaux lorsque vous nous envoyez des copies (par ex. reçus de factures médicales). Dans le cadre de nos procédures d'audit, nous nous réservons le droit de vous demander les originaux de ces documents/reçus pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement. Nous nous réservons également le droit de vous demander de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Veuillez envoyer votre demande de remboursement dûment remplie accompagnée des factures/reçus par :

E-mail à : IGOclaims@allianzworldwidecare.com

Courrier à : **Claims Department, Allianz, Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique**

Important – veuillez vérifier que :

- ☐ Vous avez joint tous les reçus, factures et ordonnances.
- ☐ Vous avez rempli le présent formulaire dans son intégralité.
- ☐ Les déclarations sont signées et datées.
- ☐ Le diagnostic a été confirmé et figure sur le formulaire ou les factures.
- ☐ Vos coordonnées sont toujours correctes (si elles ont changé, veuillez l'indiquer sur ce formulaire).

Le saviez-vous ?

La plupart de nos affiliés trouvent que leurs demandes d'informations sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au + 32 2 210 6501 ou par e-mail à :

igohelpline@e.allianz.com

Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html