

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Veillez 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 des conditions générales disponible sur www.allianzcare.com/fr/myhealth.html

1 INFORMATIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police

Date de naissance J J / M M / A A A A

Prénom

Nom de famille

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

E-mail

Si vous bénéficiez d'une couverture santé nationale/publique dans votre pays d'origine/de résidence ou si vous êtes assuré à la CFE, veuillez indiquer votre numéro d'affilié/de Sécurité Sociale Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de la couverture fournie. Veuillez indiquer le numéro de référence/d'identification nationale.

2 INFORMATIONS SUR LE PATIENT (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Prénom

Nom de famille

Date de naissance J J / M M / A A A A Sexe : Masculin Féminin

3 INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT

Veillez cocher l'option 1 OU cocher et remplir l'option 2.

Option 1: Remboursement au prestataire médical* (par ex. hôpital, spécialiste)
T(Les détails bancaires ci-dessous ne sont pas requis pour cette option)

Option 2: Remboursement au titulaire de la police

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

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

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

Numéro du compte

IBAN (le cas échéant)****

Code agence Code Swift/BIC****

Nom de la banque

Adresse de la banque

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 médical.

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

*** Les chèques à l'ordre du souscripteur 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 LE SINISTRE

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/problème de santé	Nom du prestataire	Montant facturé	Devise	Avez-vous réglé cette facture ?
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
					Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

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 indiqué)

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

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

Cette demande résulte-t-elle d'un accident ou d'une blessure? Oui Non

Si oui*, veuillez remplir 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) Oui Non

Si oui, veuillez remplir 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? Oui Non

Si oui, veuillez remplir les informations suivantes :

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 MÉDICAL

Nom du médecin/spécialiste

Qualification/spécialité

Nom de l'hôpital/clinique

Adresse

Numéro 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

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF REGIONAL

Laquelle votre médecin vous a orienté / / / / /

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 ainsi que les codes médicaux (y compris les codes CIM9/10/DSM-IV)

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 ? / / / /

Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ? Oui Non

Si oui, à quelle date ? / / / /

Avez-vous connaissance d'un traitement auparavant administré au patient pour cette pathologie ou une maladie liée ? Oui Non

Si oui, veuillez préciser

Le problème est-il susceptible de réapparaître ? Oui Non

Nécessite-t-il une rééducation ? Oui Non

Est-il permanent ? Oui Non

Requiert-il une surveillance, des consultations, des bilans de santé, des examens ou des tests sur le long terme ? Oui Non

À remplir uniquement en cas de grossesse :

Date d'accouchement prévue / / / /

Est-ce que la naissance d'un seul enfant est attendue ? Oui Non

Si des jumeaux/plusieurs bébés sont attendus, la grossesse est-elle le résultat d'une procréation médicalement assistée ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails

À remplir uniquement en cas de soins dentaires:

Le patient souffrait-il de douleurs dentaires au moment de la consultation ? Oui Non

Signature et cachet officiel

 Signature du médecin

Date / / / /

Cachet officiel du prestataire médical

7 LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES EST NOTRE PRIORITÉ

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. Vous devez la 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 + 353 1 630 1303 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 Care, à ses conseillers médicaux ou 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 <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, connectez-vous aux Services numériques MyHealth et cochez les cases appropriées. 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, par la présente,

INDIQUER LE NOM DU TIERS

à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette demande de remboursement. Cela 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.

Veillez envoyer votre demande de remboursement dûment remplie, accompagnée des factures/reçus (les bordereaux de carte de crédit ne sont pas acceptés) par :

 E-mail à : claims@allianzworldwidecare.com

 Fax au : + 353 1 645 4033 ou

 Courrier à : Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

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 sont traitées plus rapidement quand ils nous appellent



Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : + 353 1 630 1303 ou par e-mail à : client.services@allianzworldwidecare.com. Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur <https://www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html>

Ce document est une traduction française du document en anglais « Claim Form ». La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle. AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. Enregistrée en France : 401 154 679 RCS Bobigny. Succursale irlandaise enregistrée auprès du bureau d'enregistrement des sociétés irlandaises (Irish Companies Registration Office), numéro d'enregistrement : 907619. Adresse : 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.