

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

1 Informations sur le patient

Numéro de police Date de naissance / /

Prénom

Nom de famille

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

E-mail

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 de famille

Date de naissance / / Genre à la naissance : Masculin ☐ Féminin ☐

E-mail :

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** (Recommandé) ☐ 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 de 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 fiscal),
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 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 :

J

J

 /

M

M

 /

A

A

A

A

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 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

Les sections 5 et 6 doivent être remplies par le médecin traitant, à moins que ces détails n'apparaissent sur les documents justificatifs (par ex. reçus ou factures).

5 Informations sur le prestataire de santé

Nom du médecin/spécialiste			
Qualification/spécialité			
Nom de l'hôpital/clinique			
Adresse			

Numéro de téléphone	INDICATIF PAYS		INDICATIF RÉGIONAL		
Fax	INDICATIF PAYS		INDICATIF RÉGIONAL		
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 RÉGIONAL							
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 ainsi que les codes médicaux :

Codes CIM9/10/DSM-IV

Détails des symptômes/de la pathologie médicale

À quelle date le patient vous a-t-il présenté ces symptômes pour la première fois ?	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
À quelle date les premiers symptômes sont-ils apparus chez le patient ?	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ?	Oui ☐ Non ☐									
Si oui, à quelle date ?	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
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 analyses sur le long terme ?	Oui ☐ Non ☐

À remplir uniquement en cas de grossesse :

Date d'accouchement prévue	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A
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 informations détaillées										

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	J J / M M / A A A A

Cachet officiel du prestataire de santé

7 Vos données personnelles

La manière dont nous protégeons votre vie privée et traitons vos informations personnelles est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Vous devez la lire avant de nous envoyer vos informations 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 toute question sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, veuillez 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 à la confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical 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 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 aux réglementations sur la protection des données, 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 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 bancaire ne sont pas acceptés) par :

@ E-mail à : claims@allianzworldwidecare.com

🏠 Ou courrier à :
Claims Department,
Allianz,
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 :
ou par e-mail à :

+ 353 1 630 1303
client.services@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