

# 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](http://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](http://www.allianzcare.com/fr/myhealth.html)

## 1 Informations sur le patient

Numéro de police  Date de naissance  /  /

Prénom

Nom

Adresse de correspondance actuelle

Numéro de téléphone  INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

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

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\*\* (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 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)

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	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)

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 ? Oui  Non

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) ? Oui  Non

Si oui, veuillez fournir les détails de cette assurance, y compris le numéro de police :

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 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](mailto: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 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	COUNTRY CODE				AREA CODE																					
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 ?

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

Signature et cachet officiel

 Signature du médecin \_\_\_\_\_  
Date

Cachet officiel du prestataire de santé

## 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](http://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](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz).

## 8 Déclaration

J'atteste sur l'honneur que cette demande de remboursement ne contient pas d'information fautive, 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, 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

