

Demande de remboursement

Veillez compléter ce formulaire en LETTRES CAPITALES. Ce document est également disponible (en version modifiable PDF ou Word) sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com/eurosante.

1 Informations sur le souscripteur

Numéro de police

Prénom

Nom

Date de naissance (jj/mm/aa)

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone (Indicatif pays) (Indicatif régional)

E-mail

2 Informations sur le patient (si différent du souscripteur)

Prénom

Nom

Date de naissance (jj/mm/aa) Sexe : Masculin Féminin

3 Informations sur le paiement

Option 1 : Remboursement à l'assuré

Mode de remboursement 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 bancaire

Numéro de compte

IBAN (lorsque requis)***

Clé/Code agence Code BIC/Swift***

Nom de la banque

Adresse de l'agence

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 (lorsque applicable)

Option 2 : Remboursement au prestataire médical**** (par ex. hôpital, spécialiste) (Les détails bancaires ci-dessus ne sont pas requis pour cette option)

* 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.

**** Si vous n'avez pas payé le prestataire médical.

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

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) _____
Date à laquelle votre médecin vous a orienté (jj/mm/aa) _____

6 Informations médicales

Indiquez le type de pathologie : Aiguë Chronique Episode aigu d'une pathologie chronique
Merci d'indiquer les détails des symptômes/de la pathologie ayant nécessité le traitement ainsi que les codes médicaux (y compris les codes CIM9/10/DSM-IV)

A quelle date le patient vous a-t-il **présenté** ces symptômes pour la première fois ? (jj/mm/aa) _____

A quelle date les premiers symptômes seraient-ils **apparus chez le patient** ? (jj/mm/aa) _____

Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ? Oui Non Si « Oui », à quelle date ? (jj/mm/aa) _____

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

Si « Oui », veuillez fournir des détails _____

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

A compléter 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 (jj/mm/aa) _____

Cachet officiel du prestataire médical

7 Législation sur la protection des données – collecte et utilisation d'informations à caractère personnel

Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est une compagnie d'assurances irlandaise (hors assurance-vie) et sera le responsable du traitement de ces données.

Utilisation : Nous utilisons les informations que vous nous fournissez pour gérer le contrat d'assurance (cela inclut la souscription, l'administration de la police, le traitement des sinistres, la réassurance et la prévention des fraudes). Allianz Worldwide Care peut avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en son nom. Outre les obligations imposées par la Loi sur la protection des données à caractère personnel, ce traitement, qui peut avoir lieu en dehors de l'Espace économique européen (EEE), est soumis à des restrictions contractuelles en ce qui concerne la confidentialité et la sécurité.

Données sensibles : Nous devons recueillir des données sensibles vous concernant (telles que des informations médicales) afin d'évaluer les termes de l'assurance que nous émettons/fixons ou pour gérer les sinistres qui surviennent.

Conservation : Nous sommes tenus de conserver vos données pendant les six années suivant la fin de la période d'assurance. Nous ne conserverons pas vos données plus longtemps que nécessaire et uniquement pour les finalités pour lesquelles nous les avons obtenues.

Consentement : En nous fournissant ces informations et en signant ce formulaire, vous consentez à ce qu'elles soient utilisées, traitées, divulguées et conservées comme indiqué ci-dessus.

Représentation : Par votre signature, vous justifiez et déclarez que vous avez l'autorité pour agir au nom de vos ayants droit en ce qui concerne toutes les informations à caractère personnel que vous nous fournissez, que vous avez l'autorité de vos ayants droit pour divulguer ces informations à caractère personnel pour les finalités mentionnées ci-dessus et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations sur vos ayants droit en leur nom. Dans les déclarations présentes, toutes les références à « vous » ou « votre » seront considérées comme comprenant vous et vos ayants droit.

Accès : Vous avez le droit de demander à recevoir une copie des données à caractère personnel vous concernant en notre possession. Si vous souhaitez exercer ce droit d'accès, vous devez adresser une requête écrite à l'attention du responsable de la protection des données à l'adresse suivante : Data Protection Officer, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande, ou par email à : client.services@allianzworldwidecare.com. En application des lois relatives à la protection des données, vous devrez payer la somme de 6,35 € et le chèque devra être libellé à l'ordre d'Allianz Worldwide Care.

Enregistrement des appels : Les appels téléphoniques sont enregistrés et peuvent être écoutés dans le cadre de la formation du personnel, afin d'améliorer la qualité de nos services et pour des raisons réglementaires.

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 l'événement frauduleux sera découvert et je serai passible de poursuites.

En ce qui concerne toute demande de remboursement de frais médicaux, j'autorise par la présente mon médecin, professionnel de santé ou tout autre établissement médical à communiquer toute information ou dossiers médicaux qui pourraient être sollicités par Allianz Worldwide Care ou ses représentants.

Si le patient est mineur, la signature d'un parent ou représentant légal est requise.

Signature du patient

Date (jj/mm/aa)

Veillez envoyer votre demande de remboursement dûment complétée accompagnée des factures/reçus par :

E-mail, après avoir numérisé le document à : IGOclaims@allianzworldwidecare.com

Fax au : + 32 2 210 6598 ou

Courrier à : Claims Department, Allianz Worldwide Care, Place du Samedi 1, 1000 Bruxelles, Belgique.

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 de prévention des fraudes, 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 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.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à contacter notre service téléphonique au : +32 2 2106501 ou par e-mail à : IGOhelp@allianzworldwidecare.com.

Pour consulter la liste de nos numéros gratuits, rendez-vous sur : www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Important - veuillez vérifier que :

- Vous avez joint tous reçus, factures et ordonnances
- Vous avez inclus une copie du décompte de remboursement effectué par le RCAM
- Vous avez complété le présent formulaire dans son intégralité
- Les déclarations sont signées et datées
- Le diagnostic a été confirmé et figure sur ce formulaire ou les factures
- Vos coordonnées sont indiquées dans le formulaire si elles ont changé