

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Veillez compléter ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**.

1 INFORMATIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police	<input type="text"/>											
Date de naissance	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A		
Prénom	<input type="text"/>											
Nom	<input type="text"/>											
Pays de résidence	<input type="text"/>											
Numéro de téléphone	INDICATIF PAYS	<input type="text"/>			INDICATIF REGIONAL	<input type="text"/>			<input type="text"/>			
E-mail	<input type="text"/>											

2 INFORMATIONS SUR LE PATIENT (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Prénom	<input type="text"/>											
Nom	<input type="text"/>											
Date de naissance	J	J	/	M	M	/	A	A	A	A		
Sexe :	Masculin <input type="checkbox"/>			Féminin <input type="checkbox"/>								
Pays où le traitement a été dispensé (s'il ne s'agit pas du pays de résidence)												
Dans quel pays a eu lieu le traitement ?	<input type="text"/>											
Durée du séjour à l'étranger	<input type="text"/>											
Motif du séjour à l'étranger :												
<input type="checkbox"/>	Vacances											
<input type="checkbox"/>	Voyage d'affaires											
<input type="checkbox"/>	Traitement médical											

3 INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT

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

- Option 1:** Paiement au prestataire médical* (par ex. hôpital, spécialiste)
Les coordonnées bancaires demandées ci-dessous ne sont pas nécessaires pour cette option.
- Option 2:** Remboursement à l'assuré

Mode de paiement : Virement bancaire**

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

<input type="text"/>

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

<input type="text"/>

Numéro du compte	<input type="text"/>
------------------	----------------------

IBAN (le cas échéant)***	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

Code agence	<input type="text"/>	Code Swift/BIC***	<input type="text"/>
-------------	----------------------	-------------------	----------------------

Nom de la banque	<input type="text"/>
------------------	----------------------

Adresse de la banque	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

<input type="text"/>

<input type="text"/>

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 :

<input type="text"/>

<input type="text"/>

Code Swift de la banque intermédiaire (le cas échéant)	<input type="text"/>
--	----------------------

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

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

*** 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, une facture Fa Piao doit être soumise avec toute demande de remboursement. Si le diagnostic/problème de santé n'apparaît pas sur la facture/reçu, veuillez-vous assurer de 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/traitement	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)

À compléter 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

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

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 ? 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

Si cette demande résulte d'un accident ou d'une maladie/accident du travail et si vous êtes titulaire d'une autre police d'assurance, par exemple une assurance automobile, ou si vous avez porté plainte ou intenté un procès envers un tiers, y compris une compagnie d'assurances, afin de recouvrer les frais engendrés par cet accident/blessure, veuillez fournir plus détails dans un document séparé.

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																											
Numéro de 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	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 PROTECTION DES DONNÉES ET CONSENTEMENT DU PATIENT

Le traitement des données personnelles est une composante essentielle des activités d'assurance. Dans le cadre de ces opérations de traitement, nous veillons à respecter la loi fédérale sur la protection des données (LPD). Nous conservons les données sous formes électronique et physique conformément aux dispositions légales.

Toute référence aux informations inclut les données et informations à caractère personnel que vous nous avez transmises, que ce soit dans le bulletin d'adhésion, tout formulaire de demande de remboursement, tout formulaire d'entente préalable et/ou tout autre document complémentaire ou information que nous pourrions recueillir en lien avec un produit ou service que nous proposons.

Utilisation : Les données personnelles que nous traitons sont utilisées à des fins de préparation de devis, de souscription de polices, de collecte des primes, de remboursement et à d'autres fins directement liées à la gestion des polices, conformément à l'assurance. Nous pouvons avoir recours à des organismes tiers pour traiter des données en notre nom. 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, en accord avec les exigences en matière de protection des données. Nous traitons aussi les données personnelles dans le but d'améliorer les produits et à des fins marketing internes. Afin de proposer une assurance complète et abordable, nos services peuvent être partiellement fournis par des entreprises juridiquement indépendantes sur le territoire national comme à l'étranger.

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 et/ou pour gérer les demandes de remboursement.

Communication : Nous pouvons transmettre les informations vous concernant à nos agents, aux membres du groupe Allianz, aux réassureurs, à d'autres assureurs et leurs agents, à vos précédents assureurs locaux et à l'étranger, aux prestataires de service, à tout intermédiaire vous représentant ou aux autorités de contrôle/gouvernementales (dont nous faisons partie ou qui nous gouvernent). Nous pouvons, dans certains cas, faire appel à des enquêteurs privés pour obtenir plus d'informations sur l'une de vos demandes de remboursement.

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.

Représentation et consentement : Par votre signature, vous confirmez 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, et que vous consentez au traitement, à la divulgation, à l'utilisation et à la conservation des informations vous concernant et/ou à propos de vos ayants droit.

Accès : Conformément à la LPD, vous êtes en droit de recevoir une copie des données personnelles vous concernant que nous détenons et exiger la rectification des données inexacts. Si vous souhaitez exercer ce droit, veuillez écrire au responsable de la protection des données à l'adresse indiquée sur ce formulaire ou à client.services@allianzworldwidecare.com

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 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 l'événement frauduleux sera découvert 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 mon assureur, 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 / /

8 DÉSIGNATION D'UN TIERS

En tant que demandeur, j'autorise _____ INDIQUER LE NOM DU TIERS
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.

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

-  E-mail : claims@allianzworldwidecare.com
-  Fax : + 353 1 645 4033
-  Courrier : Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

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 : + 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 allemand « Erstattungsformular für Gruppenversicherte ». La version en allemand de ce document est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version allemande, veuillez noter que la version allemande est la version légalement engageante et officielle.

Le souscripteur de votre assurance VVG est AWP P&C S.A., Saint-Ouen (Paris), succursale de Wallisellen (Suisse), la succursale suisse d'AWP P&C S.A., Saint-Ouen, France, une société anonyme régie par le Code des assurances. No. 519 490 080 RCS Paris. Succursale suisse enregistrée à Zürich. No.: CHE-115.393.016, adresse : Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Bern 22, registered BAG Nr. 376, fournit des services d'administration en Suisse.

AWP Health & Life SA, agissant par l'intermédiaire de sa succursale irlandaise, est une société anonyme régie par le code des assurances. No. 401 154 679 RCS Bobigny, France. 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 agit en tant que réassureur des polices VVG, fournit des services d'administration et une assistance technique en dehors de la Suisse. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et d'Allianz Partners.