

Demande de remboursement

Veillez lire attentivement ce qui suit et fournir toutes les informations nécessaires en **LETTRES MAJUSCULES** ou cocher les cases qui conviennent

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Informations importantes - à lire attentivement.

Pour nous permettre de traiter votre demande dans les meilleurs délais, veuillez prendre en compte les points suivants :

- Vérifiez dans votre tableau des garanties que les dépenses dont vous demandez le remboursement sont bien couvertes (en cas de doute sur la couverture dont vous bénéficiez dans le cadre de votre police, n'hésitez pas à prendre contact avec notre service d'assistance téléphonique)
- Pour éviter tout retard dans le remboursement de vos dépenses, merci de **compléter** intégralement **toutes les sections en LETTRES MAJUSCULES**
- Si, à l'avenir, vous demandez le remboursement de dépenses concernant une pathologie similaire, il vous suffit de photocopier le formulaire. Il n'est pas nécessaire de le compléter à nouveau. Toutefois, il se peut que nous l'exigions si la pathologie se prolonge au-delà de 6 mois
- Tous les originaux des reçus, des factures et des ordonnances doivent être joints au formulaire de demande de remboursement (les photocopies et les reçus de cartes de crédit ne sont pas acceptés). Nous vous recommandons de garder une copie de tous les documents envoyés
- Un formulaire de demande de remboursement distinct doit être complété pour chaque patient et pour chaque pathologie médicale dont vous demandez le remboursement
- Les sections 1 à 5 doivent être complétées par l'assuré/le demandeur
- Les sections 6 et 7 doivent être remplies par le praticien/le spécialiste responsable
- Les demandes de remboursement peuvent être soumises dans les 6 mois suivant la fin de l'année d'assurance, ou si la couverture est résiliée pendant l'année d'assurance, dans les 6 mois suivant la fin de la couverture. **Passé ce délai, nous ne sommes plus obligés de procéder aux remboursements**
- Si vos coordonnées ont changé, merci de le préciser sur ce formulaire afin que nous puissions mettre à jour votre dossier. Pour obtenir une confirmation des coordonnées qui sont actuellement enregistrées dans notre système, prenez contact avec notre service d'assistance téléphonique
- Veuillez noter que les formulaires de demande de remboursement ne peuvent être complétés qu'en anglais, allemand, français, espagnol ou italien

Veillez envoyer votre(vos) formulaire(s) de demande de remboursement dûment complété(s) et accompagné(s) des originaux des reçus, factures et ordonnances à l'adresse suivante : **Claims Department, Allianz Worldwide Care, 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande**

Service d'assistance téléphonique

Anglais :	+ 353 1 630 1301
Allemand :	+ 353 1 630 1302
Français :	+ 353 1 630 1303
Espagnol :	+ 353 1 630 1304
Italien :	+ 353 1 630 1305
Fax :	+ 353 1 630 1306
Email :	client.services@allianzworldwidecare.com

Numéros gratuits

Gratuit depuis Singapour :	800 353 1018
Gratuit depuis Hong Kong :	800 901 705
Gratuit depuis le Nord de la Chine :	10 800 744 1259
Gratuit depuis le Sud de la Chine :	10 800 441 0115
Gratuit depuis les Etats-Unis :	1 866 266 2182
Gratuit depuis la France, la Belgique et la Suisse :	00 800 66 302 302
Gratuit depuis l'Italie :	800 088 736

Pour votre information, une version électronique de ce formulaire est disponible sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com et peut être remplie, enregistrée et réutilisée autant de fois que nécessaires. Une fois complété, il vous suffit d'imprimer et de signer le formulaire avant de nous l'envoyer.

1 Informations concernant l'assuré principal.

Numéro de la police d'assurance

Numéro de Sécurité Sociale (si assuré à la Caisse des Français de l'Etranger)

M. M^{me} M^{lle} Autre

Prénom(s)

Nom

Date de naissance

Adresse de correspondance

S'il s'agit d'une nouvelle adresse, souhaitez-vous que celle-ci soit retenue pour toute correspondance à venir ? Oui Non

Numéro de téléphone (journée) INDICATIF PAYS — INDICATIF REGIONAL —

Numéro de téléphone (soirée) INDICATIF PAYS — INDICATIF REGIONAL —

Fax INDICATIF PAYS — INDICATIF REGIONAL —

Adresse email

Bénéficiez-vous d'une couverture santé nationale/publique dans votre pays d'origine/de résidence comme, par exemple, une Sécurité Sociale nationale ? Oui Non

Si oui, veuillez en fournir une description ainsi que votre numéro de référence

2 Informations concernant le patient.

Le patient/demandeur est-il l'assuré principal mentionné ci-dessus ? Oui Non

Si non, veuillez indiquer ci-dessous quel est le patient/demandeur :

M. M^{me} M^{lle} Autre

Prénom(s)

Nom

Date de naissance

3 Informations concernant le paiement.

Option 1 : Remboursement au prestataire médical (par ex. hôpital, spécialiste)

Option 2 : Remboursement à l'assuré

Mode de remboursement souhaité Chèque* Virement bancaire**

* Les chèques à l'ordre du souscripteur seront envoyés à l'adresse de correspondance fournie en section 1.

** Veuillez indiquer vos coordonnées bancaires ci-dessous si vous avez choisi le mode de paiement par virement bancaire.

Nom du titulaire du compte (tel qu'il apparaît sur votre relevé de compte bancaire par ex. Jean Dupont)

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

Si votre banque est domiciliée dans l'Union européenne, veuillez à indiquer votre numéro IBAN ainsi que le code BIC/Swift afin de permettre le paiement de vos remboursements. Si votre banque est domiciliée en dehors de l'Union européenne, le code BIC/Swift suffit.

Numéro de compte

IBAN (UE uniquement)

Clé/Code agence

Code BIC/Swift

Nom de la banque

Adresse de l'agence

Coordonnées bancaires intermédiaires (lorsque applicable) :

Nom de la banque intermédiaire

Code Swift de la banque intermédiaire

Numéro de compte bancaire intermédiaire

4 Consentement et signature du patient.

J'atteste sur l'honneur que ce formulaire de 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, la police d'assurance sera résiliée et le signataire de ce document sera passible de poursuites judiciaires. Par la présente, j'autorise mon médecin, professionnel de santé ou tout autre établissement médical à fournir des informations médicales à mon sujet à Allianz Worldwide Care ou ses représentants, lorsque ces derniers en font la demande. **Si le patient est mineur, la signature d'un parent ou représentant légal est requise.**

Signature du patient Date

