

FORMULAIRE DE REMBOURSEMENT

Veillez Compléter ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**. Vous pouvez également utiliser nos Services numériques MyHealth pour effectuer vos demandes de remboursement en ligne: www.allianzcare.com/fr/myhealth.html

1 INFORMATION SUR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police

Date de naissance J J / M M / A A A A

Prénom

Nom de famille

Adresse de correspondance

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS INDICATIF RÉGIONAL

E-mail

2 INFORMATION SUR LE PATIENT (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Prénom

Nom

Date de naissance J J / M M / A A A A

Sexe : Masculin Féminin

3 INFORMATIONS SUR LE PAIEMENT

A remplir par l'assuré(e) seulement lors de la première demande de remboursement ou en cas de changement des données bancaires.

Mode de paiement 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 (le cas échéant)***

Code agence

Code BIC/Swift***

Nom de la banque

Adresse de la banque

Si des informations supplémentaires sont nécessaires pour effectuer des transactions dans votre pays (par ex. : code apporteur, numéro de taxe), veuillez les indiquer ici :

Code Swift de la banque intermédiaire (le cas échéant)

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

** Les chèques à l'ordre du souscripteur seront envoyés à l'adresse de correspondance fournie au point 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), Veillez à indiquer le numéro IBAN et le code BIC/Swift afin de permettre le paiement de vos remboursements.

4 INFORMATION SUR LE SINISTRE

À ne remplir que pour les affiliés :

- qui ont rempli un questionnaire médical lors de l'affiliation,
- dont la durée d'affiliation est inférieure à 24 mois et si la demande de remboursement des frais est liée à une maladie ou un accident qui a fait l'objet d'un diagnostic médical antérieur à la date d'affiliation,
- dont le décompte du RCAM ne précise pas le diagnostic.

Diagnostic/pathologie médicale	Date d'apparition des symptômes	Montant facture/ devise	Montant remboursé par le RCAM
	J J / M M / A A A A		
	J J / M M / A A A A		
	J J / M M / A A A A		
	J J / M M / A A A A		
	J J / M M / A A A A		
	J J / M M / A A A A		

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

5 LA PROTECTION DE VOS DONNÉES PERSONNELLES EST NOTRE PRIORITÉ

ALLIANZ CARE respecte le Règlement sur la protection des données (RGPD) entré en vigueur le 25 mai 2018.

6 DÉCLARATION

J'accepte de fournir à ALLIANZ CARE, sur sa demande, toute information complémentaire ou document lui permettant la bonne liquidation de ces frais, étant entendu que ces informations seront détruites par ALLIANZ CARE dès le remboursement effectué.

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

Si le patient est mineur, cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.

 Signature du patient

Date J J / M M / A A A A

7 DÉSIGNATION D'UN TIERS

En tant que demandeur, j'autorise, par la présente

à agir en mon nom en ce qui concerne la gestion de cette demande de remboursement.

 Signature du demandeur

Nom du demandeur en lettres capitales

Date

 / /

Il vous appartient 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, ainsi que de nous fournir une preuve de paiement de vos frais médicaux (par ex. relevé de compte bancaire ou relevé de carte bancaire). Nous recommandons 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.

Merci de nous envoyer votre demande de remboursement dûment remplie* :

 E-mail à : IGOclaims@allianzworldwidecare.com

 Fax au : +32 2 210 6598

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

* éventuellement accompagnée des factures/reçus pour les frais non figurant (ou non repris) sur le bordereau du RCAM (concerne uniquement certaines prestations couvertes par HOSPI SAFE PLUS)

Important – veuillez vérifier que :

- Vous avez inclus une copie du décompte de remboursement effectué par le RCAM (si possible préciser le numéro du bordereau)
- Vous avez dûment rempli le présent formulaire
- Vous avez signé et daté les déclarations
- Vos coordonnées sont inchangées (veuillez indiquer vos nouvelles coordonnées sur ce formulaire, le cas échéant)

Notre service téléphonique est à votre disposition au 0800 70 528 (numéro gratuit depuis la Belgique) ou par e-mail à igo.assistance@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>

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 65 190 446 €, dont le siège social est situé au 7 Rue Dora Maar, 93400 Saint-Ouen, France - No. 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA : FR 84 401 154 679. AWP Health & Life SA exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.

L'administrateur de votre assurance est AWP Health & Life Services Limited - succursale belge, située place du Samedi 1, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE 0843.991.159. RPM Bruxelles : 843.991.159. IBAN : BE65363102631696. BIC: BBRUBEBB. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.