

Demande de remboursement pour prestataires médicaux

Ce document est également disponible (en version modifiable PDF ou Word) sur notre site Internet www.allianzworldwidecare.com/medical-provider-claimform. Si vous décidez de remplir ce formulaire à la main, veuillez écrire en **LETTRES CAPITALES**.

1 Informations sur le patient

Numéro de police _____
Prénom _____
Nom _____
Date de naissance (jj/mm/aa) _____
Adresse de correspondance _____

Numéro de téléphone (y compris l'indicatif pays et régional) _____
Adresse e-mail _____

2 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 nécessitant le traitement, y compris les codes médicaux CIM9/10 ou DSM-IV

CIM9 / 10 code _____ 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

Veuillez indiquer le numéro de référence de la garantie de paiement en relation avec ce traitement (si disponible) : _____

A compléter uniquement en cas de grossesse :

Date d'accouchement prévue (jj/mm/aa) _____

Est-ce que la naissance d'un seul enfant est attendue ? Oui Non

Si vous avez répondu non à la question précédente et si des jumeaux ou naissances multiples sont attendus, votre grossesse résulte-t-elle d'une procréation médicalement assistée autre qu'une insémination artificielle ? Oui Non

Si « Oui », veuillez fournir des détails _____

A compléter uniquement pour les demandes de remboursement pour la kinésithérapie/psychothérapie. Veuillez fournir toutes les références suivantes :

Nom du médecin référent _____

Téléphone (y compris l'indicatif pays et régional) _____

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

Veuillez signer et apposer un cachet officiel.

Signature du médecin _____
Date (jj/mm/aa) _____

Cachet officiel du prestataire médical

3 Protection des données et consentement du patient (A signer et dater par le souscripteur)

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. Allianz Worldwide Care, membre du groupe Allianz, est le responsable de la protection de ces données.

Utilisation : Les informations personnelles peuvent être utilisées dans le but de gérer l'assurance (y compris la souscription, le traitement des demandes de remboursement et la prévention des fraudes). 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.

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, à d'autres assureurs et leurs agents, 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 : 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, 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 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 Worldwide 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, la signature d'un parent ou représentant légal est requise.

Signature du patient _____

Date (jj/mm/aa) _____

Important – veuillez vérifier que :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Vous avez joint tous les originaux des reçus, factures et ordonnances | <input type="checkbox"/> Les déclarations sont signées et datées |
| <input type="checkbox"/> Le présent formulaire a été complété dans son intégralité (y compris le numéro de référence de la garantie de paiement, si disponible) | <input type="checkbox"/> Le diagnostic a été confirmé et figure sur ce formulaire ou les factures |

Veuillez envoyer votre demande de remboursement dûment complétée accompagnée des originaux des factures à l'adresse suivante :

Claims Department, Allianz Worldwide Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande

Il est de votre responsabilité de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous nous réservons le droit de vous demander des copies de ces documents à tout moment pour la prévention des fraudes, et ce pendant les 12 mois suivant le traitement d'une demande de remboursement.

Pour toute question, 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 de nos numéros gratuits, rendez-vous sur www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers.