

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

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

## 1 INFORMATIONS SUR LE SOUSCRIPTEUR

Numéro de police

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

Prénom

Nom de famille

Pays de résidence

Numéro de téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

E-mail

## 2 INFORMATIONS SUR LE PATIENT (SI DIFFÉRENT DU SOUSCRIPTEUR)

Prénom

Nom de famille

Date de naissance  J J /  M M /  A A A A Sexe : Masculin  Féminin

**Pays où le traitement a eu lieu (si en dehors du pays de résidence)**

Dans quel pays le traitement a-t-il eu lieu ?

Durée du séjour à l'étranger

Motif du séjour à l'étranger :

Vacances

Voyage d'affaires

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 au titulaire de la police

Mode de paiement souhaité : Virement bancaire\*\*

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 du compte

IBAN (le cas échéant)\*\*\*

Code agence  Code Swift/BIC\*\*\*

Nom de la banque

Adresse de la banque

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 (le cas échéant)

\* 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, vous devez fournir une facture FaPiao. Si le diagnostic/problème de santé n'apparaît pas sur la facture/reçu, vous devez 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/ du traitement	Diagnostic/problème de santé	Nom du prestataire	Montant facturé	Devise	Avez-vous régulé 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 indiqué)

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

Si oui, veuillez remplir les informations suivantes :

Date de l'accident/de la blessure  /  /

Détails de l'accident/de la blessure

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

Oui  Non

Si oui, veuillez remplir 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 remplir 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](mailto:claims.recoveries@allianzworldwidecare.com)

## 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  /  /

## 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 ?  /  /

Le patient a-t-il précédemment souffert de cette pathologie ? Oui  Non

Si oui, à quelle date ?  /  /

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

Si oui, veuillez préciser

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

À remplir uniquement en cas de grossesse :

Date d'accouchement prévue  /  /

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


Si des jumeaux/plusieurs bébés sont attendus, la grossesse est-elle le résultat d'une procréation médicalement assistée ? Oui  Non

Si oui, veuillez fournir des détails

À remplir 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  /  /

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](mailto: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 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 la fraude sera découverte 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 ou 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. Cela 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 à : [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)

 Fax au : + 353 1 645 4033

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

**Important** – veuillez vérifier que :

- Vous avez joint tous les reçus, factures et ordonnances
- Vous avez rempli le présent formulaire dans son intégralité
- Les déclarations sont signées et datées
- Le diagnostic a été confirmé et figure sur le formulaire ou les factures
- Vos coordonnées sont toujours correctes (si elles ont changé, veuillez l'indiquer sur ce formulaire)

## **Le saviez-vous ?**

La plupart de nos affiliés trouvent que leurs demandes 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](mailto: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>

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

KPT Krankenkasse AG, Wankdorfallee 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. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. 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 Allianz Partners.