

Déclaration de sinistre

Afin de vous apporter un service rapide et efficace, veuillez remplir cette déclaration de sinistre avec précision en tenant compte des points suivants :

- La déclaration doit être dûment remplie pour que nous puissions procéder rapidement au paiement de vos indemnités.
- Le recto de cette déclaration doit être rempli par l'assuré(e), le verso par votre médecin traitant.
- Les originaux de vos factures doivent être joints. Les photocopies, les reçus ainsi que les tickets de retrait des cartes de crédit ne sont pas acceptés.
- Si vos factures proviennent d'Allemagne ou des Etats-Unis ou si elles détaillent avec précision le diagnostic du médecin ainsi que la nature exacte du traitement, il n'est pas nécessaire de compléter le verso de ce document. Il vous suffit de joindre les originaux des factures.
- Une déclaration de sinistre doit être complétée pour chaque patient et à chaque consultation médicale.
- Nous vous recommandons de garder une copie de tous les documents relatifs à cette déclaration de sinistre. Ils pourraient vous être demandés ultérieurement.
- Merci de bien vouloir remplir la déclaration en lettres CAPITALES et de la poster à l'adresse indiquée en bas de page.

Informations Concernant L'assuré

Numéro de la police d'assurance

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

Titre Nom Prénom(s)

Adresse permanente

N° de tél. (journée) (soirée)

Fax E-mail

Informations Concernant le Patient

Titre Nom Prénom(s)

Date de naissance (jj/mm/aa) / / Le sinistre est-il lié à un accident ? Oui Non

Informations Concernant le Remboursement

Option 1 Remboursement à l'assuré

Remboursement à effectuer dans la monnaie figurant sur la facture

Remboursement dans une autre monnaie (merci de préciser)

Mode de remboursement : Chèque Virement bancaire (fournir les détails suivants)

Nom du détenteur du compte N° de compte/IBAN

Code swift/sort Nom de la banque

Adresse de l'agence

Option 2 Remboursement à l'établissement médical (hôpital, spécialiste...)

Cochez cette case si le Tiers Payant est organisé par Allianz Worldwide Care

Consentement et Signature du Patient

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce document. En cas de fausse déclaration, la police d'assurance sera résiliée et le signataire de ce document sera passible de poursuites judiciaires. J'autorise tout médecin, chirurgien, dentiste, ou professionnel médical, toutes les fois où il le juge nécessaire et approprié, à fournir à Allianz Worldwide Care les informations médicales me concernant. Cette déclaration concerne l'ensemble des personnes dont je suis le représentant légal et qui bénéficient de la même couverture que moi.

La signature des parents ou du représentant légal est requise si le patient est mineur ou majeur incapable.

Signature du patient Date (jj/mm/aa) / /

Document à compléter par le médecin traitant en lettres CAPITALES

Informations Concernant L'instance Médicale

Nom du médecin/spécialiste

Qualifications/spécialité

Nom de l'hôpital/clinique

Adresse

Tél. Fax

E-mail

Informations Médicales

Une acceptation préalable a-t-elle été accordée? Oui Non

Indiquez le type de traitement reçu : Electif/non-urgent Urgent

Merci d'indiquer les détails du traitement médical reçu ainsi que les codes médicaux (ICD, CPT, GRD)

A quand remontent selon vous les premiers signes du symptôme ? Date (jj/mm/aa)

Avant de consulter, à quel moment le patient a-t-il contracté les premiers symptômes ? Date (jj/mm/aa)

Connaissez-vous le passé médical et les antécédents du patient concernant le présent traitement ou toute autre maladie antérieure. Oui Non

Dans l'affirmative merci de bien vouloir nous fournir les informations nécessaires

Dans le cas d'un traitement dentaire.

Est-ce que le patient souffrait de douleurs dentaires au moment de la consultation ? Oui Non

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

CACHET