

MALADIE / ACCIDENT

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

(VEUILLEZ ÉCRIRE EN MAJUSCULES)

N° du contrat

INFORMATION CONCERNANT L'ASSURÉ (1 formulaire par assuré)

Prénom Nom

Adresse

Code postal Ville Pays

Date de naissance (jj/mm/aaaa) Sexe M ☐ F ☐

GSM* E-mail

**veuillez inclure le code du pays*

EN CAS DE MALADIE/BLESSURE

Décrivez le déroulement de la maladie/blessure (date, heure, lieu, cause)

.....
.....
.....

Premiers symptômes

Avez-vous déjà eu des symptômes similaires ? ☐ Non ☐ Oui, quand ?

.....
.....

Quand/où avez-vous demandé une aide médical pour la première fois ?

(Veuillez inclure un rapport médical indiquant le diagnostic)

	Date du traitement (ordre chronologique) (jj/mm/aaaa)	Nom du docteur, hôpital, pharmacie,...	Diagnostic	Devise	Montant	Déjà payé ? (o/n)
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						

*Veuillez inclure toutes les informations du médecin ainsi que les reçus et factures originales.
Les factures doivent indiquer les dates de traitement et préciser chaque montant individuel.*

Smart coverage for global citizens.

Expat & Co bvba | Assesteenweg 65 | 1740 Ternat | Belgium
www.expatinsurance.eu | claims@expatinsurance.eu

INFORMATION CONCERNANT UNE AUTRE ASSURANCE OU SÉCURITÉ SOCIALE

Avez-vous une couverture similaire auprès d'une autre compagnie d'assurance ou institution de sécurité sociale (fonds de santé, mutuelle, krankenkasse)? ☐ Non

☐ Oui, nom de la compagnie/institution N° contrat/Sec Soc
Adresse

Code postal Ville Pays
Tel* GSM* E-mail

* veuillez inclure le code du pays

Avez-vous introduit une demande de remboursement auprès de la compagnie/institution mentionnée ci-dessus ?

☐ Non, car
☐ Oui, veuillez nous envoyer la preuve de remboursement de la compagnie/institution.

MÉTHODE DE REMBOURSEMENT

Le montant doit être remboursé à ☐ Preneur d'assurance ☐ Assuré ☐ Autre

Veuillez rembourser sur le compte bancaire en (pays)

Nom de la banque

IBAN BIC/SWIFT code, ABA

N° du compte Titulaire du compte

REMARQUES

.....
.....

CE DOCUMENT DOIT ÊTRE SIGNÉ PAR LE PRENEUR D'ASSURANCE

Je, soussigné, déclare que toutes les informations données dans le présent formulaire de demande sont conformes à la vérité et que rien n'est dissimulé. J'autorise Expat & Co et la compagnie d'assurance à obtenir de tout médecin, hôpital ou compagnie d'assurance des informations me concernant ou concernant toute personne co-assurée afin de traiter la demande de remboursement conformément aux conditions du contrat.

J'autorise, par la présente, Expat & Co à récupérer tout remboursement, avancé par elle, auprès de toute autre compagnie d'assurance ou institution de sécurité sociale qui peut donner droit à un remboursement suite à une maladie, blessure ou accident revendiqué.

J'accepte, par la présente, que Expat & Co et la compagnie d'assurance enregistrent les informations fournies dans le but de traiter les données en rapport avec, par exemple, la collecte des primes, le traitement des demandes de remboursement, etc. En cas de refus de la demande de remboursement, les informations données pourront être enregistrées. Toutefois, j'accepte que la correspondance relative à l'assurance, ne contenant pas d'informations sur la santé ou d'autres informations sensibles, soit envoyée à la personne enregistrée en tant que titulaire de la police. Expat & Co ou la compagnie d'assurance peuvent choisir de faire traiter les données dans ou en dehors de l'UE.

Date Signature

Smart coverage for global citizens.

Expat & Co bvba | Assesteenweg 65 | 1740 Ternat | Belgium
www.expatinsurance.eu | claims@expatinsurance.eu