



Demande de remboursement

Veillez remplir la première page de ce formulaire en LETTRES MAJUSCULES et demander au médecin/thérapeute consulté de compléter la seconde page. Les documents/factures joints doivent, de préférence être rédigés en anglais, allemand, français, néerlandais ou espagnol et les chiffres devraient être indiqués en chiffres arabes et les lettres en caractères latins (c.-à-d. 1, 2, 3 .../a, b, c ...). Nous vous recommandons de conserver des copies des documents fournis. Veuillez nous retourner ces éléments via votre compte portal en ligne « My Globality » ou par courrier.

Remarque : Toute personne qui, sciemment et avec une intention frauduleuse, soumet à une compagnie d'assurance une demande d'indemnisation comportant de fausses informations ou qui, avec l'intention de tromper, dissimule des informations sur tout fait matériel, commet un acte de fraude à l'assurance, qui est considéré comme un délit.

A. Renseignements concernant l'assuré principal

Numéro de police	Prénom	Nom de famille
Adresse postale	Numéro/nom du bâtiment	Rue
	Code postal ET ville	Pays ET région
Coordonnées	Téléphone (+ indicatif pays/ville)	Adresse e-mail

B. Renseignements concernant le patient (si celui-ci diffère de la personne susmentionnée)

Prénom	Nom de famille
Numéro de contrat	Date de naissance

C. Renseignements concernant le remboursement

Mode de règlement souhaité <input type="checkbox"/> Chèque <input type="checkbox"/> Virement bancaire	Devise de paiement <input type="checkbox"/> EUR <input type="checkbox"/> USD <input type="checkbox"/> GBP <input type="checkbox"/> CHF <input type="checkbox"/> Autres _____
Titulaire du compte	Nom de la banque
IBAN	Code postal ET ville
Numéro de compte (si l'IBAN n'est pas disponible)	Pays
Code SWIFT (BIC)	Code de la succursale/code banque (BLZ, ABA, code bancaire – si le code Swift/BIC n'est pas disponible)

Veillez noter que Foyer Global Health S.A. rembourse le montant total de toute demande d'indemnisation admissible quelles que soient la devise et la destination des fonds. Le remboursement n'est pas obligatoirement effectué dans la même devise que celle utilisée pour vos factures. Foyer Global Health S.A. effectue toutes les opérations de change aux cours du marché et ne répercute pas sur le montant remboursé, les frais de transfert qui lui sont facturés par ses banques. Veuillez cependant noter que les virements bancaires transfrontaliers impliquent souvent des frais de la part des banques correspondantes impliquées dans le transfert et, dans certains cas, également de la part de votre banque. Ces frais sont déduits du montant final remboursé et peuvent être parfois assez importants. Afin d'éviter ces charges, dans le cas où vous détenez d'un compte dans une devise majeure (EUR, GBP, USD ou CHF, etc.) dans le pays d'origine de la devise (par exemple, un compte USD aux États-Unis ou un compte GBP au Royaume-Uni), nous vous recommandons de toujours indiquer ce compte pour le remboursement. Les frais bancaires ne s'appliquent pas aux comptes EUR dans la zone SEPA.

D. Déclaration de consentement du patient

Par la présente, je soussigné(e) atteste, que ce formulaire de demande de remboursement ne contient aucune information erronée, falsifiée ou incomplète. Je comprends et accepte que si cette demande s'avère être en partie ou totalement frauduleuse, la police d'assurance sera résiliée et le signataire de ce document passible de poursuites judiciaires. À l'égard de toute demande de remboursement de frais médicaux, j'autorise mon médecin traitant, des professionnels de santé ou tout autre prestataire de soins médicaux à fournir à Foyer Global Health S.A. ou à leurs représentants des données médicales me concernant. Si le patient est mineur, la signature d'un parent ou du représentant légal est requise.

Signature du patient

Date (JJ/MM/AAAA)

E. Renseignements concernant le professionnel de santé

Nom du médecin/spécialiste/thérapeute		Qualifications/références
Nom de l'hôpital/de la clinique		
Adresse	Nom/numéro du bâtiment	Rue
	Code postal ET ville	Pays ET région
Coordonnées	Téléphone (+ indicatif pays/ville)	Adresse e-mail

F. Informations médicales (partie réservée au professionnel de santé)

Nom du patient	Date à laquelle le patient vous a consulté pour la première fois (JJ/MM/AAAA)
----------------	---

Veillez fournir tous les détails de l'affection médicale nécessitant un traitement, y compris le code ICD 9 ou 10 (International Classification of Disease)

Les symptômes du patient		Les symptômes sont-ils associés à un accident ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Date d'apparition des premiers symptômes (JJ/MM/AAAA) <input type="text"/> <input type="text"/>	Veillez indiquer la date à laquelle le patient a consulté un médecin pour la première fois au sujet de cette pathologie/ ces symptômes (JJ/MM/AAAA) <input type="text"/>	
Liste de l'ensemble des analyses et/ou examens antérieurs liés à cette affection ainsi que les dates correspondantes		
Liste de l'ensemble des médicaments antérieurs et actuels liés à cette affection ainsi que les dates d'ordonnance correspondantes		
Diagnostic/pathologie		
Autres renseignements pertinents		

Signature du médecin

Date (JJ/MM/AAAA)

Cachet du professionnel de santé

--