

Global health care “ Déclaration de sinistre pour soins médicaux etc. „

Procédure de remboursement en 4 étapes :

1. Vous devez vous acquitter de toutes les factures médicales (*) ainsi que les médicaments à la pharmacie.
2. Remplissez avec précision cette déclaration de sinistre et particulièrement les coordonnées bancaires IBAN & SWIFT.
3. Joignez toutes les factures originales avec les preuves de paiements (quittance de la poste, banque ou imprimés e-banking).
4. Envoyez à Swisscare à Villars-sur-Glâne.

(*) Les traitements stationnaires à l'hôpital sont directement payés à l'hôpital par l'assureur. Les traitements ambulatoires à l'hôpital seront traités selon les points 1 à 4 ci-dessus. Les remboursements aux assurés ou aux prestataires de soins seront traités uniquement si la prime d'assurance a été payée.

N° de police _____

Nom _____

E-mail _____

Adresse _____

NPA / Ville _____

Pays _____

Tél. _____ Fax _____

Avant de compléter cette déclaration de sinistre, notez que toutes les informations que vous nous transmettez, formeront la base de notre règlement du sinistre. Si vous avez des informations complémentaires dont vous ne pouvez pas compléter avec les sections proposés dans cette déclaration de sinistre, nous vous remercions de nous les communiquer par une feuille annexée.

Genre de sinistre(s) (cocher)

Maladie Accident Traitement dentaire

Maladie / Accident

Nature de la maladie / accident / diagnostics ? _____

Quand est survenu la maladie / accident ? _____

Combien de temps souffrez vous de la maladie / accident ? _____

Avez-vous déjà souffert antérieurement de la même maladie ? _____

Si oui, quand ? _____

Avez-vous reçu antérieurement un traitement médical pour la même maladie ? _____

Si oui, merci de nous fournir les coordonnées du médecin traitant ou hôpital : _____

Nom et adresse de votre médecin généraliste : _____

Note : Vous devez impérativement annexer à la présente déclaration de sinistre, tous les originaux de toutes les prescriptions médicales, quittance de pharmacies, tous les honoraires détaillés des médecins généralistes, spécialistes, hôpitaux et cliniques, et toutes les factures des ambulances ou transports afférant au cas annoncés.

Remboursements demandés

(Merci de joindre les documents originaux)

Détails des dépenses en relations avec la maladie / accident :	Monnaie étrangère	CHF

Le sinistre a-t-il été déclaré à la centrale d'alarme de Swisscare ? oui non

Si oui, merci d'entrer le numéro du cas : _____

Autre assurance

Êtes-vous en possession d'une assurance santé avec une autre compagnie ? oui non

Si oui, merci de nous transmettre le nom et l'adresse de cette compagnie ? _____

_____ N° de police : _____

Méthode de remboursement

Les remboursements seront effectués par transfert sur votre compte bancaire ou giro (post).

Nom et adresse de la banque : _____

N° de compte giro (post) ou banque : _____

Clearing : _____ Iban : _____

Swift (Bic) code : _____ Nom du bénéficiaire du compte : _____

Signature etc...

Par la présente, j'accepte que Nordic Health Care échange des informations au sujet de mon état de ma santé dans le but d'obtenir les informations nécessaires pour l'évaluation du risque assuré et l'appréciation du cas de sinistre. Mon acceptation comprend les rapports médicaux datés à partir de l'effet de la police d'assurance jusqu'à la fin de l'évaluation du cas de sinistre. Si des dossiers médicaux supplémentaires ont lieu auprès des prestataires, une déclaration spéciale est nécessaire en complément à Nordic Health Care avec une copie ou un extrait de ces derniers.

Les rapports médicaux ne peuvent être procurés que par des personnes autorisées du secteur de la santé, hôpitaux, institutions médicales, autorités publiques et compagnies d'assurances / caisses de pension. Toutes autres compagnies d'assurances, caisses de pension et autre personnes autorisées dans le secteur de la santé, impliquées dans le cas, sont habilitées à prendre connaissance du dossier médical.

Signature de l'assuré :

Date / 20

www.swisscare.ch :    