

FRAIS MEDICAUX – DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Contrat/Preneur d'assurance

1. Information de l'assuré

Nom	Prénom
Adresse	
Code postal	Ville
N° Telephone	Mobile
E-mail	

2. Information sur l'assurance santé

Nom de l'assurance santé			
N° de Police			
Adresse			
Avez-vous fait la demande de remboursement?			
	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous reçu une indemnisation?			
<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non	Montant	
<i>Si oui, veuillez joindre le justificatif</i>			
<i>En cas de refus veuillez nous adresser la copie de la lettre</i>			
<input type="checkbox"/> Je n'ai pas d'assurance santé			

3. Information sur le sinistre

Raison de la consultation	<input type="checkbox"/> maladie	<input type="checkbox"/> accident	<input type="checkbox"/> dentiste
Description			

4. Informations sur le patient

Nom	Prénom
Date de naissance	

5. Détails du voyage

Travel destination	
Dates du voyage	du au
Itineraire	du au

6. Votre demande de remboursement

Je joins à ma déclaration les justificatifs

Description	Date de la prestation	Montant	Devises

Je désire un remboursement dans la devise

Le taux de conversion utilisé est celui proposé par OANDA.

Si vous avez payé vos frais de traitement par carte de crédit, nous pouvez procéder au remboursement sur la base de votre décompte de carte de crédit.

7. Titulaire du compte / Coordonnées bancaires

Nom	Prénom
Rue et n°	CP/ville
Nom de la banque	CP/ville
IBAN (obligatoire)	
SWIFT/BIC	
No compte (si IBAN non disponible)	

8. Veuillez joindre les documents suivants à votre déclaration de sinistre

- Rapport medical complet
- Copies des factures médicales
- Copie de l'attestation d'assurance santé

9. **Déclaration : je certifie l'exactitude des données fournies. Je prends connaissance du fait que je peux perdre mon droit à la prestation d'assurance si les informations fournies sont fausses, incomplètes ou contradictoires, même si cela ne porte pas préjudice à l'assureur. J'autorise expressément TSM ASSISTANCE à demander et à transmettre à des tiers, si nécessaire, toutes les informations indispensables pour la liquidation du sinistre**

Lieu, date

Signature de l'assuré/e

Formulaire à renvoyer à : operations@tsm-assistance.com