

Formulaire de remboursement assurance-maladie à l'étranger

AW-

 Numéro d'assurance | Tarif AW24 AW-EH AW-PLUS AW24-RK AW24-DR

Renseignements sur le souscripteur de l'assurance / la personne assurée

Organisme de prise en charge

Nom de l'assuré | Prénom | Date de naissance

Adresse de l'assuré: rue et numéro | Code postal | Localité

Numéro de téléphone | E-mail

Pour les tarifs AW24, AW-EH, AW-PLUS et AW24-DR

Je demande le remboursement des coûts de maladie qui m'ont été occasionnés. Je vous adresse ci-joint à cet effet les documents originaux suivants :

Nature du document	Nombre	Montant	Monnaie
Facture (s) du médecin			
Facture (s) de médicaments			
Facture (s) d'hôpital			
Facture (s) d'accessoires médicaux/de remèdes			
Autres pièces justificatives de coûts			

Pour le tarif AW24-RK

Je demande le remboursement des coûts résiduels après prestation préalable de l'assurance légale. Ci-joint le décompte de l'assurance maladie légale.

J'ai été traité (e) pour :

Diagnostic

Informations de paiement (Remboursement sur le compte bancaire suivant)

 Veuillez faire le remboursement sur le compte en banque européen suivant :

Nom du propriétaire du compte bancaire

IBAN | BIC

 veuillez faire le remboursement sur le compte en banque international suivant : (des frais bancaires et/ou des frais de conversion peuvent être applicables)

Nom et adresse du propriétaire du compte bancaire

Nom et adresse de la banque

Monnaie du compte bancaire | Numero de compte bancaire | Routing No. | SWIFT/BIC

Déclaration d'affranchissement de l'obligation au secret

J'affranchis de l'obligation au secret les médecins qui m'ont traité (e) ou me traitent, les établissements hospitaliers, de même que les compagnies d'assurances, les administrations et autres organismes et donne pouvoir à DR-WALTER GmbH/Central Krankenversicherung AG pour recueillir tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour vérifier son obligation de m'indemniser. Je le confirme par ma signature ci-dessous.

Lieu, date | Signature