

N° de dossier :

Date de réception :

**A**

## RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

▶ **1 • Le patient**

a - Nom :

b - Prénom :

c - Date de naissance : Jour  Mois  Année

d - N° de Conditions Particulières : .....

▶ **2 • Coordonnées de correspondance** (n'oubliez pas d'indiquer l'indicatif du pays et de la ville)

a - Adresse de correspondance : .....

CP/Ville : ..... Pays : .....

b - N° de contact Tél. 1 : .....Tél. 2 : ..... Fax : .....

c - E-mail : .....

▶ **3 • Votre médecin de famille** (ce médecin peut ne pas être celui que vous avez consulté dans le cadre de cette déclaration)

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : ..... Tél. : .....

▶ **4 • Cette demande fait-elle suite à un dossier déjà traité par Golden Care ?**  Oui  Non

Si oui, n° de référence de ce dossier : .....

▶ **5 • Avez-vous d'autres assurances remboursant les frais relatifs à cette déclaration ?**  Oui  Non

Si oui, veuillez nous adresser le décompte original de tout paiement déjà reçu ainsi que les copies d'ordonnances, factures et justificatifs éventuels.

**B**

## RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX

▶ **1 • En cas d'accident**

a - Date de l'accident : Jour  Mois  Année  b - Pays de l'accident : .....

c - Nature des blessures : .....

d - Circonstances de l'accident (cause et lieu précis) : .....

e - S'il existe une tierce personne responsable, précisez : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : ..... Tél. : .....

▶ **2 • En cas de maladie**

a - Date d'apparition des premiers symptômes : Jour  Mois  Année

b - Nature de la maladie : .....

c - Avant votre souscription au Plan Golden Care, avez-vous déjà reçu des soins (incluant la simple prescription de médicaments) pour cette maladie ou toute maladie qui y serait liée ?  Oui  Non Si oui, veuillez préciser :

Date de ces soins : Jour  Mois  Année  Traitement suivi : .....

Médecin qui vous a soigné(e) à cette époque : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : ..... Tél. : .....

▶ **3 • En cas de soins dentaires** (si vous bénéficiez de cette option)

a - Ce traitement concerne-t-il :  des soins dentaires courants ?  des prothèses dentaires ?

b - Avez-vous déjà reçu dans le passé, des soins en relation avec cet acte ?  Oui  Non

Si oui, veuillez préciser : Date de ces soins : Jour  Mois  Année

Traitement suivi : .....

▶ **4 • En cas de maternité** (si vous bénéficiez de cette option)

a - Date des dernières règles : Jour  Mois  Année

b - Date prévue de l'accouchement : Jour  Mois  Année



# VOTRE DEMANDE

## 1 • Remboursement

a - Quels frais médicaux avez-vous engagés ?

Détail des frais	Montant total engagé	Devise dans laquelle vous avez réglé
Frais de consultation		
Frais de médicament prescrits		
Frais d'examens médicaux (laboratoires, radios...)		
Frais hospitaliers		
Autres frais couverts par le plan		
<b>Total des frais médicaux engagés</b>		

b - Mode de remboursement :  Chèque  Virement

c - Nom et prénom du bénéficiaire du remboursement : .....

d - Si l'adresse d'expédition du chèque est différente de l'adresse de correspondance (partie A), veuillez préciser :

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : .....

e - A quelle banque, le virement doit-il être effectué ? Nom de la banque : .....

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : .....

N° de compte : ..... Code bancaire/clearing : .....

Noubliez pas de joindre à ce présent formulaire :

- le coupon d'Information Médicale rempli par le(s) médecin(s) consulté(s),
- les originaux d'ordonnances, de factures et autres justificatifs éventuels.

## 2 • Prise en charge (la prise en charge ne peut être délivrée qu'à un hôpital en cas d'hospitalisation ou à une maternité en cas d'accouchement)

a - Médecin ayant préconisé l'hospitalisation ou l'admission en maternité : Nom et prénom : .....

Adresse : .....

CP/Ville : .....

Pays : ..... Tél. : ..... Fax : .....

b - Hôpital ou maternité prévu : Nom : .....

Adresse : .....

CP/Ville : ..... Pays : .....

Contact : Tél. 1 : ..... Tél. 2 : ..... Fax : .....

c - Date d'admission : Jour [ ] [ ] Mois [ ] [ ] Année [ ] [ ] [ ] [ ] d - Durée prévue du séjour : .....

e - Montant total approximatif des frais d'hospitalisation et d'honoraires médicaux : .....

Noubliez pas de joindre à ce présent formulaire :

- le coupon d'Information Médicale rempli par le médecin préconisant l'hospitalisation ou l'admission en maternité,
- les autres originaux de justificatifs éventuels.

## 3 • Entente préalable (l'entente préalable est obligatoire pour le remboursement de certaines prestations comme mentionné dans les Conditions Générales de votre contrat)

a - De quels soins s'agit-il ? .....

b - Médecin qui a prescrit la nécessité des soins :

Nom : ..... Tél./Fax/E-mail : .....

Noubliez pas de joindre à ce présent formulaire :

- le coupon d'Information Médicale rempli par le médecin qui a prescrit la nécessité des soins,
- les originaux d'ordonnances et autres justificatifs éventuels.

**Déclaration :** Je soussigné, autorise la communication de toute information médicale nécessaire au traitement de ma demande. Je déclare que les informations ci-avant sont sincères et, à ma connaissance, exactes.

**Signature de l'assuré(e) ou de son représentant légal**



Date : Jour [ ] [ ] Mois [ ] [ ] Année [ ] [ ] [ ] [ ]

Adressez votre demande à Golden Care Service