



## POUR VOS REMBOURSEMENTS, PRISES EN CHARGE OU ENTENTES PRÉALABLES

### A RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

#### 1 • Le patient

a - Nom, prénom: .....  
b - Date de naissance: [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] c - Numéro d'assuré (sur votre carte): [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

#### 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 - Contact: Tél. 1: ..... Tél. 2: ..... Fax: .....  
c - E-mail: .....

#### 3 • Cette demande fait-elle suite à un dossier déjà traité par Golden Care ?

Oui N°: .....  Non

#### 4 • 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: [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ] b - Lieu: .....  
c - Nature des blessures: .....  
d - Circonstances précises de l'accident: .....  
e - D'autres personnes sont-elles impliquées?  Oui  Non  
Si oui, précisez le(s) nom(s) et prénom(s): .....  
Adresse: .....  
CP/Ville: ..... Pays: ..... Tél.: .....  
f - A la date de l'accident exerciez-vous une activité salariée?  Oui  Non  
Si oui, nom et adresse de votre employeur: .....  
g - La police a-t-elle fait un constat?  Oui  Non Si oui, veuillez joindre une copie.

#### 2 • En cas de maladie

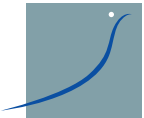
a - Date d'apparition des premiers symptômes: [ ][ ] [ ][ ][ ][ ][ ]  
b - Nature de la maladie: .....  
c - Avez-vous déjà reçu des soins (incluant la simple prescription de médicaments) pour cette maladie ou toute maladie qui y serait liée?  
 Oui  Non Si oui, veuillez préciser: ..... Date des soins: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Traitement suivi: .....  
Nom du médecin: ..... Adresse: .....  
CP/Ville: ..... Pays: ..... Tél.: .....  
Fax: ..... E-mail: .....

#### 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 - Ces soins sont-ils consécutifs à un accident:  Oui  Non  
c - Avez-vous déjà reçu dans le passé des soins en relation avec cet acte?:  Oui  Non  
Si oui, veuillez préciser: ..... Date des soins: [ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
Traitement suivi: .....

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

a - Dates des dernières règles: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] b - Date prévue de l'accouchement: [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]  
c - Lieu prévu d'accouchement: .....



## C VOTRE DEMANDE

### ► 1 • Remboursement

**a** - Dans quelle monnaie souhaitez-vous être remboursé (si vous bénéficiez de cette option) :  CHF  EUR  USD

**b** - Mode de remboursement :

Virement :

Nom de la banque : .....

Adresse : .....

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

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

Iban : ..... Bic/Swift : .....

### ► 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** - Nom du médecin : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

**b** - Nom de l'hôpital : .....

Adresse : .....

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

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

**c** - Date d'admission :

**d** - Durée prévue du séjour : .....

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

**a** - Nature des soins : .....

**b** - Nom du médecin prescripteur : .....

Adresse : .....

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

Tél. : ..... Fax : ..... E-mail : .....

#### Avez-vous pensé à :

- Joindre le compte rendu de consultation signée par le médecin.
- Joindre les ordonnances et factures originales signées par le médecin.
- Préciser vos coordonnées bancaires.
- Joindre le décompte original de vos autres assurances.
- Tous originaux de justificatifs éventuels.

#### En cas d'accident :

- Joindre les originaux et justificatifs éventuels.

#### En cas de demande d'entente préalable :

- Joindre une copie de l'ordonnance de votre médecin.

**Déclaration :** Je soussigné(e), 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.

Date :

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

Adressez votre demande à

**Golden Care – Service Médical**

**31 Boulevard Helvétique - 1207 Genève - Suisse**

**Golden Care SA - Centre de gestion et d'administration médicale et d'assistance**

31 Boulevard Helvétique – 1207 Genève, Suisse – Tél. +41 22 786 12 00 – Fax +41 22 786 12 20

E-mail: goldencare@goldencare.ch – Web: www.goldencare.ch