



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

☐ Oui N° : ☐ Non

3 • 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 - Circonstances précises de l'accident :
.....
c - D'autres personnes sont-elles impliquées ? : ☐ Oui ☐ Non
d - A la date de l'accident exercez-vous une activité salariée ? : ☐ Oui ☐ Non
Si oui, nom et adresse de votre employeur :
e - 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 :
Traitement suivi :
.....

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 :



Golden Care® Formulaire de déclaration

VOTRE ASSURANCE SANTÉ PARTOUT DANS LE MONDE

2/2

VOTRE DEMANDE

1 • Remboursement

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

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 :

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

Safe MedCare SA