

Veillez noter qu'en cas de sinistre
nous agissons pour l'Assureur



VOS COORDONNEES :

DEMANDE A RETOURNER A :

AMARIZ LIMITED
Imperial House
1 Harley Place
BRISTOL BS8 3JT (GB)
tel : +44 (0)117 974 5770
email : info@amariz.co.uk
www.amariz.co.uk

Référence Client :
Numéro de Police :

Merci de préciser votre nouvelle adresse si vous avez déménagé :

.....
..... Tél. :
Email

DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Veillez compléter **OBLIGATOIREMENT** la partie suivante pour chacune des personnes figurant sur chaque facture jointe (s'il n'y a pas assez d'espace, veuillez utiliser un pli séparé) :

Nom/Prénom	Description du traitement médical (Par ex. Pharmacie du 01.01.2019)	Nature de l'affection et date de premier diagnostic (Par ex. Hypertension depuis 01.12.2015)

Parmi les informations médicales indiquées ci-dessus, y a-t-il une pathologie permanente ou susceptible de réapparaître ?
Si OUI, laquelle et quelle est la date de première constatation médicale de cette affection ?

.....

Précisez si le remboursement est à faire au prestataire ou à l'assuré

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT :

Pour **PERMETTRE LE REMBOURSEMENT**, vous devez impérativement joindre :

- ✓ Les **ORIGINAUX** des feuilles de soins, factures, ordonnances ou décomptes de la CPAM ou de votre régime de base ou toute autre complémentaire santé
- ✓ Kinésithérapie : L'ordonnance et la demande d'entente préalable (au-delà de 10 séances)
- ✓ Orthophonie : Le compte-rendu du bilan et la demande d'entente préalable (au-delà de 30 séances)

Date et Signature (obligatoire)

**SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR VOS
REMBOURSEMENTS FUTURS PAR VIREMENT
BANCAIRE, MERCI DE JOINDRE UN RIB**

L'Assureur a besoin des informations médicales ci-dessus afin de déterminer si vos soins sont couverts par votre Police

Je confirme que toutes les personnes indiquées ci-dessus consentent au traitement de leurs données personnelles de santé

DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION ET DE CURE THERMALE

Pour obtenir la prise en charge directe de vos frais d'hospitalisation, merci de compléter la partie suivante et de nous l'envoyer au moins dix jours avant la date d'entrée prévue :

Personne concernée par la demande :

Numéro d'Entrée :

Date d'entrée prévue : Durée prévue du séjour :

Nom de l'Etablissement :

Adresse de l'Etablissement :

Téléphone : Télécopie :

Email :

DOCUMENTS A JOINDRE A VOTRE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE HOSPITALISATION :

Pour toute demande de prise en charge hospitalisation ou de cure thermale, joindre obligatoirement un **certificat médical**, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil, précisant la nature de l'affection et la date de première constatation médicale. **Un imprimé type est à votre disposition auprès de nos services ou sur notre site internet.**

DECLARATION DE SINISTRE

ACCIDENT AVEC TIERS EN CAUSE :

Si un tiers vous paraît être à l'origine de votre accident, merci de compléter la partie suivante :

Nom et Prénom de l'Assuré concerné :

Date de l'accident :

Nom et prénom du tiers :

Adresse du tiers :

Assureur du tiers :

Cause et circonstances de l'accident :

.....

.....

DOCUMENTS A JOINDRE AVEC LA DECLARATION DE SINISTRE :

Joindre obligatoirement un certificat médical, sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil, précisant la nature des blessures et tout autre document justificatif utile.

Date et Signature (obligatoire)

**NOUS VOUS RAPPELONS QUE TOUTE DEMANDE
INCOMPLETE NE POURRA PAS ETRE TRAITEE EN
PRIORITE ET FERA L'OBJET D'UN RETOUR**