

# International Health Plan

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

## COMMENT REMPLIR

Veuillez écrire en LETTRES MAJUSCULES et cocher les cases appropriées. Ne pas remplir ce formulaire en entier retardera le règlement de votre demande de remboursement. Avant de procéder à une demande de remboursement, veuillez vous assurer de lire la section « comment faire une demande de remboursement » du Guide d'Assurance.

Vous devez nous notifier toute demande de remboursement dès que possible après le commencement du traitement, même si les justificatifs ne sont pas encore disponibles.

Pour nous aider à traiter votre demande rapidement :

1. Veuillez remplir un formulaire de demande de remboursement séparé pour chaque personne et pour chaque demande de remboursement concernant une prestation maladie / accident / dentisterie / grossesse et accouchement / bien-être.

2. Veuillez vous assurer que votre médecin remplisse entièrement les sections au verso.

3. Il convient de répondre entièrement à TOUTES les questions (des coches ou des tirets ne sont pas acceptables).

4. Il convient de soumettre les factures originales concernant les traitements recus.

**Vous devez contacter la Société d'Assistance pour toutes les demandes de remboursement de prestations qui nécessitent une autorisation préalable et pour celles qui sont susceptibles de dépasser 2 500 £ / 2 500 \$ / 2 500 €.**

### A. COORDONNÉES DU PATIENT (à remplir par vous ou par votre représentant légal)

1. Civilité:      M.      Mme      Mlle      Autre

Nom de famille: \_\_\_\_\_ Prénom(s): \_\_\_\_\_

2. Date de naissance:  /  /

4. Sexe:      Masculin      Féminin      Autre .....

5. Téléphone: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

6. Adresse électronique: .....

7. Adresse postale complète: .....

Ville: \_\_\_\_\_ État / Région / Département: \_\_\_\_\_

Code postal: 

--	--	--	--	--	--

 Pays: .....

## B. PARTICULARITÉS DE LA DEMANDE DE REMBOURSEMENT (à remplir par vous ou par votre représentant légal)

8. Indiquez la nature de la maladie / des symptômes: \_\_\_\_\_

9. Avez-vous déjà reçu un traitement (y compris des médicaments sans ordonnance) pour cette pathologie ou pour toute pathologie apparentée avant cet épisode?

Oui      Non      Dans l'affirmative, veuillez donner les dates et le détail du traitement précédent \_\_\_\_\_

10. Quand les symptômes se sont-ils initialement manifestés?  /  /

11. Si la cause de la maladie se rapporte à un accident, veuillez indiquer la date (jj/mm/aaaa) de l'accident et donner brièvement le détail des circonstances et des lésions subies:

12. Avez-vous toute autre assurance accordant une couverture pour des prestations de santé? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner le détail de la police d'assurance: .....

13. Veuillez remplir le tableau ci-dessous

Date de traitement	Énumérez les frais pour lesquels vous réclamez le remboursement (les factures originales seront requises)	Indiquez la devise et le montant payé	Nom complet de la personne à qui vous souhaitez que le paiement soit effectué *	Devise de remboursement de votre choix

14. D'autres factures seront-elles soumises? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner le détails \_\_\_\_\_

15. S'agit-il de la continuation d'un traitement précédent ou d'un traitement en cours ayant déjà fait l'objet d'une demande de remboursement de votre part au titre de ce plan? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner le détail ainsi que le numéro de référence de la demande de remboursement \_\_\_\_\_

16. Veuillez indiquer le nom et l'adresse de votre médecin généraliste habituel

Nom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État / Région / Département: \_\_\_\_\_

Code postal:

Téléphone:

Adresse électronique: \_\_\_\_\_

17. Veuillez indiquer les coordonnées des autres médecins et/ou chirurgiens qui vous ont traité pour cette pathologie ou toutes pathologies associées: \_\_\_\_\_

18. APRIL International UK gère les Sinistres au nom de son Assureur; Hamilton Insurance DAC. CEGA Group a également été désigné pour traiter certaines réclamations. Pour traiter votre demande, nous avons besoin de votre consentement, vous avez le droit de ne pas donner votre consentement, mais si vous le faites, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande. Vous y consentez à:

- > APRIL International UK examine les informations contenues dans tout rapport médical ou dossier médical supplémentaire qui pourrait être demandé afin de traiter votre demande de remboursement.
- > APRIL International UK partage des informations médicales et de santé avec les assureurs et CEGA group.

Veuillez apposer vos initiales ici pour confirmer votre consentement

Je souhaite voir tout rapport du médecin avant qu'il ne vous soit envoyé (voir les informations importantes dans section E)

Il est important que vous compreniez que toute information, déclaration ou réponse que vous nous faites est sous votre responsabilité. Vous devez prendre des précautions raisonnables pour ne pas faire de fausses déclarations lorsque vous répondez à ces questions.

Je déclare que les réponses dans ce formulaire et toute autre information fournie sont vraies et complètes au meilleur de ma connaissance I declare that the answers in this form and any other information provided are true and complete to best of my knowledge.

Signature de Patient (Parent/Gardien si le patient a moins de 16 ans)

Date de signature:  /  /

## LA (LES) SECTION CI-DESSOUS DOI(VE)NT ÊTRE REMPLIE(S) PAR LE MÉDECIN

### C. RENSEIGNEMENTS MÉDICAUX (à remplir par le médecin traitant)

19. Veuillez indiquer la date à laquelle le patient vous a initialement consulté pour cette pathologie ou pour toute pathologie similaire ou associée:

/  /

20. Veuillez décrire les symptômes présentés: \_\_\_\_\_

21. Veuillez indiquer quand ces symptômes se sont initialement manifestés: \_\_\_\_\_

22. Veuillez préciser en détail votre diagnostic de la maladie / lésion: \_\_\_\_\_

23. Veuillez indiquer en détail les antécédents, avec les dates, de la présente pathologie ou de toutes pathologies associées ayant donné lieu à un traitement et/ou à un examen antérieur(s): \_\_\_\_\_

24. Est-il possible de considérer que la pathologie est une anomalie congénitale? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez donner le détails \_\_\_\_\_

25. Si tout ou partie du traitement concernait une chirurgie esthétique de confort, veuillez indiquer le montant ou la proportion des coûts impliqués \_\_\_\_\_

26. En ce qui concerne les demandes de remboursement se rapportant à une grossesse ou à un accouchement, veuillez indiquer la date d'accouchement prévue et la date à laquelle la patiente vous a initialement consulté pour cette grossesse:

Date de consultation initiale:  /  /

Date d'accouchement prévue:  /  /

27. Veuillez indiquer votre nom et votre adresse:

Nom: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_ État / Région / Département: \_\_\_\_\_

Code postal:

Téléphone:

Adresse électronique: \_\_\_\_\_ Qualifications: \_\_\_\_\_

Signature du médecin traitant:

Date de signature:  /  /

## D. ENVOI DU FORMULAIRE

Veillez envoyer le formulaire de demande de remboursement dûment rempli, accompagné des factures et/ou reçus justificatifs et de vos coordonnées bancaires complètes, par courrier électronique à l'adresse suivante : [claims@april-international.co.uk](mailto:claims@april-international.co.uk).

Vous devez conserver les documents originaux car nous avons le droit de les demander.

## E. INFORMATIONS IMPORTANTES

### Loi de 1988 sur l'accès aux rapports médicaux

Avant de nous donner votre consentement à l'obtention d'un rapport médical, vous devez lire les renseignements suivants, car ils énoncent vos droits en vertu de la loi susmentionnée.

- Lorsque nous traitons votre demande de règlement, il se peut que nous devions demander un rapport médical d'un médecin qui vous a traité. Nous avons besoin de votre consentement pour demander un rapport.
- Vous avez le droit de ne pas donner votre consentement, mais si vous le faites, il est possible que nous ne puissions pas être en mesure de traiter votre demande.
- Si nous avons besoin d'un rapport, nous vous écrirons pour vous indiquer la date à laquelle il a été demandé.
- Si vous nous autorisez à demander un rapport médical à un médecin qui vous a traité, vous pouvez indiquer dans la case ci-dessus si vous souhaitez voir le rapport (ou en avoir une copie) avant qu'il nous soit envoyé. Si vous voulez voir le rapport, vous aurez 21 jours pour communiquer avec le médecin au sujet des dispositions à prendre pour que vous puissiez voir le rapport. Si les 21 jours sont écoulés et que ces dispositions sont n'ont pas été prises, le médecin nous enverra le rapport.
- Si vous n'êtes pas d'accord avec l'information contenue dans le rapport, vous pouvez communiquer avec le médecin pour le modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera de rédiger une déclaration qui comprendra votre point de vue et qui sera jointe au rapport.
- Le médecin n'est pas tenu de vous montrer certaines parties du rapport médical s'il pense que cela pourrait nuire à votre santé physique ou mentale.
- Si le médecin ne veut pas que vous voyiez une partie de son rapport, il vous le dira par écrit, mais vous pouvez toujours voir d'autres parties du rapport.
- Vous pouvez demander au médecin de voir le rapport à tout moment dans les six mois suivant l'envoi du rapport par le médecin.
- Votre médecin peut vous facturer pour une copie du rapport. Ces frais ne sont pas couverts par votre police.

### Protection des Données

Pour plus d'informations sur la façon dont nous traitons et protégeons vos informations personnelles, merci de vous référer à notre Politique de Respect de la Vie Privée qui peut être consultée en cliquant sur les Conditions Générales de notre site internet:

[www.april-international.com](http://www.april-international.com).

### Comment vos informations sont utilisées

Les informations personnelles, données par vous-mêmes (ou toutes personnes agissant à votre nom) sont recueillies par nous ou en notre nom et peuvent être utilisées par nous, nos employées, agents et prestataires de services agissant sous nos instructions pour des raisons administratives, de l'Assureur, des sinistres, l'intermédiation en Assurance, de recherche ou à des fins statistiques.

Nous utilisons vos informations pour différentes raisons. Pour chaque raison, nous devons avoir une base légale pour ces procédures. Quand les informations que nous traitons sont classées dans la « catégorie de données spéciales », nous devons avoir des bases légales supplémentaires pour ces traitements.

En général, nous nous appuyons sur les bases légales suivantes:

- Il est nécessaire d'utiliser vos informations personnelles pour prodiguer cette police et les services offerts. Nous les utilisons pour les services comme entre autres vous donner des informations sur votre demande d'offre, revoir votre souscription, la gestion de votre police, traiter les sinistres et vous offrir les autres services disponibles.
- Nous utilisons vos informations personnelles pour des besoins commerciaux et cela en ne vous causant aucun tort. Nous utilisons ces informations afin de maintenir nos dossiers, développer et améliorer nos offres et services and vous donner des informations sur nos produits et services.
- Vos informations personnelles sont utilisées pour des raisons légales ou réglementaires.
- Nous devons utiliser vos informations personnelles pour établir, exercer or défendre nos droits légaux.
- Vous avez donné votre consentement afin que nous utilisions vos données personnelles, y compris dans la catégorie de données spéciales.

### Comment nous partageons vos informations

Afin de vendre, de gérer et de fournir nos produits et services, de prévenir la fraude et de se conformer aux exigences légales et réglementaires, il se peut que vos informations soient partagées avec les types de tiers suivants

- Assureurs, Réassureurs, Organismes Légaux et Statutaires.
- Agences de préventions des fraudes.
- Agences de préventions des crimes, y compris la police.
- Fournisseurs effectuant un service à notre nom
- Autres Assureurs, partenaires commerciaux et agents
- Autres compagnies au sein du APRIL Group

Comme nous opérons dans le cadre d'une entreprise globale, il se peut que nous transmettions vos informations personnelles en dehors de l'Espace Economique Européen (EEE) à ces fins lorsque la protection adéquate est en place.

### Marketing

Vos informations ne sont en aucun cas utilisées ou transmises à d'autres personnes dans le but de vous vendre d'autres produits et services à moins que vous nous ayez donné votre consentement.

### Prévention et Détection des Fraudes

Afin de prévenir et détecter les fraudes et blanchiments d'argent, il se peut que nous contrôlions vos détails avec des agences de préventions des fraudes ou les sites internet de sanction légale qui peuvent enregistrer une recherche. Des recherches peuvent également être faites sur les bases de données d'autres assureurs. Si une fraude est suspectée, les informations seront partagées avec ces assureurs. Les autres utilisateurs des agences de prévention légale peuvent aussi utiliser pour leur propres processus de décision.

Dans certaines circonstances, nous pouvons également effectuer des contrôles et vérification de solvabilité. Vous pouvez trouver de plus amples informations sur notre Politique de Respect de la Vie Privée vous expliquant comment les informations retenues par les agences de préventions des fraudes sont utilisées.

## G. INFORMATIONS IMPORTANTES (suite)

### Décisions Automatisées

Nous pouvons utiliser des outils automatisés avec des processus de prise de décision pour évaluer votre souscription de l'assurance et les processus de traitement de réclamation. Si vous vous opposez à une décision automatique, il se peut que nous ne puissions pas vous offrir une offre d'assurance.

### Nous Contacter

Merci de bien vouloir nous contacter si vous avez des questions à propos de Politique de Respect de la Vie Privée ou des informations que nous détenons vous concernant.

**Veillez noter qu'April International Care est habilité par les assureurs à traiter les demandes de remboursement pour le compte de ces derniers, sous réserve de certaines limitations. Si, en ce qui concerne la présente demande de remboursement, vous ne souhaitez pas que nous agissions en qualité d'agent pour vous-même ainsi que pour les assureurs, veuillez nous le faire savoir par retour et nous ferons le nécessaire pour que le traitement de votre demande de remboursement soit administré par les assureurs eux-mêmes.**

Ce régime est administré par APRIL International Care France et assuré par Hamilton Insurance DAC, comme indiqué sur le certificat d'assurance.

APRIL International Care France, société par actions simplifiée (S.A.S.) française au capital de 200 000 € - RCS Paris 309 707 727, intermédiaire en assurance - Enregistrée auprès de l'ORIAS (n° 07 008 000) [www.orias.fr](http://www.orias.fr)  
. Siège social : 14 rue Gerty Archimède - 75012 Paris - France.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution (ACPR) - 4 place de Budapest - CS 92459 - 75436 Paris Cedex 09 - France, NAF 6622Z - TVA n° FR60309707727.

Hamilton Insurance DAC est une société à activité désignée (designated activity company) et est autorisée et réglementée par la Banque Centrale d'Irlande (numéro de référence de l'entreprise : C69793). Société enregistrée en Irlande (n° 484148). Siège social : 2 Shelbourne Buildings, Crampton Avenue, Ballsbridge, Dublin 4, D04W3V6, Irlande.

