

# DEMANDE DE REMBOURSEMENT

## Ma couverture temporaire à l'étranger

MyStudies Cover / MyTravel Cover



À faire compléter par votre médecin pour toute demande de remboursement

Nous vous invitons à lire attentivement ce document avant toute demande de remboursement.  
Un dossier complet est traité plus rapidement.

### Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Merci de nous faire parvenir :

- › ce formulaire de remboursement complété et signé par votre médecin,
- › votre facture médicale et preuve de paiement,
- › la prescription médicale,

- › en cas d'accident, le rapport d'accident (rapport détaillant les circonstances de l'accident),
- › une copie de votre passeport, comprenant la page tamponnée de l'arrivée de votre voyage,
- › votre RIB si vous ne nous l'avez pas transmis.

L'application Easy Claim est disponible pour toutes vos demandes inférieures à 1 000€.

### PERSONNE ASSURÉE

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom de l'époux) :

Date de naissance (JJMMAAAA) :  /  /

Référence du contrat :

Date d'émission du certificat d'assurance (JJMMAAAA) :  /  /

### QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

1 Depuis quand suivez-vous le patient (date de première consultation) ?  /  /

a) De quelle pathologie est atteint le patient (diagnostic détaillé avec stade) ?

2 b) S'agit-il d'un accident :  OUI  NON D'une maladie :  OUI  NON D'une grossesse :  OUI  NON

c) Quelle est la cause de la pathologie ? Quelles sont les circonstances de l'accident ?

a) Pouvez-vous détailler les circonstances de la découverte de la pathologie ou de l'accident ?

3 b) Date(s) d'apparition des premiers symptômes (JJMMAAAA) ?

c) Date de diagnostic (JJMMAAAA) :  /  /

a) S'agit-il d'une récurrence de pathologie antérieure ?  OUI  NON

4 b) Date du premier épisode :  /  /  Date de la première consultation :  /  /

c) Nature des symptômes et des traitements antérieurs :

5 Existe-t-il une ou des pathologies préexistantes ou aggravantes ?  OUI  NON Si OUI, lesquelles et quelle est la date du diagnostic (JJMMAAAA) ?  /  /

6 Y a-t-il un traitement prescrit et/ou plan de soins en cours ou programmé ?  OUI  NON Merci de joindre la (les) prescription(s) datée(s) et d'indiquer les traitements :

7 Les soins prescrits au titre de cette pathologie sont-ils urgents (si oui, sous quels délais) ?  OUI  NON

Ce certificat est remis en mains propres à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droits.

Nom, prénom et adresse du médecin :

Tampon et signature du médecin :



# CLAIM FOR REIMBURSEMENT

## My temporary cover abroad

MyStudies Cover / MyTravel Cover

To be completed by your doctor for all claims for reimbursement



Please read this document carefully before making any claim.  
A complete file is processed more quickly.

### What documents should you enclose with your claim?

Please send us:

- › this reimbursement form completed and signed by your doctor,
- › your medical invoice and proof of payment,
- › the medical prescription,

- › in the event of an accident, the accident report (report detailing the circumstances of the accident),
- › a copy of your passport, including the stamped page showing your arrival date,
- › your bank details if you have not already sent them to us.

The Easy Claim app is available for all your claims under €1,000.

### INSURED PERSON

Surname and first name (followed, if applicable, by the spouse's name):

Date of birth (DDMMYYYY):  /  /

Contract reference:

Date of issuance of the insurance certificate (DDMMYYYY):  /  /

### CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

1	How long have you been in charge of the patient (date of first consultation)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	a) What is the patient's condition (detailed diagnosis and stage)?	
2	b) Does it concern an accident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    An illness: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO    A pregnancy: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	c) What is the cause of the condition? What are the circumstances of the accident?	
3	a) Can you give details of the circumstances in which the condition or accident was discovered?	
	b) Date(s) of first symptoms (DDMMYYYY)?	
	c) Date of diagnosis (DDMMYYYY): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
4	a) Is it a recurrence of a previous condition? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	b) Date of the first episode: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Date of the first consultation: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	c) Nature of symptoms and previous treatments:	
5	Are there any pre-existing or aggravating conditions? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If YES, which conditions and what is the date of diagnosis (DDMMYYYY)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
6	Is there a prescribed treatment and/or care plan in progress or scheduled? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Please attach dated prescription(s) and indicate treatments:
7	Is the treatment prescribed for this condition urgent (if so, how soon)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

This certificate is provided at the request of the person concerned for all legal intents and purposes.

Doctor's surname, first name and address:

Doctor's stamp and signature:



Von Ihrem Arzt für jeden Leistungsantrag ausfüllen lassen

Bitte lesen Sie sich dieses Formular vor jedem Leistungsantrag genau durch.  
Ein vollständiger Leistungsantrag kann schneller bearbeitet werden.

### Welche Dokumente sind Ihrem Leistungsantrag beizulegen?

Bitte übermitteln Sie uns:

- › dieses vollständig von Ihrem Arzt ausgefüllte und unterzeichnete Formular,
- › Ihre Arztrechnung und Zahlungsnachweis,
- › die ärztliche Verschreibung,

- › bei einem Unfall, den Unfallbericht (Bericht mit Einzelheiten zum Unfallhergang),
- › eine Kopie Ihres Reisepasses, einschließlich der Seite mit dem Stempel Ihrer Einreise,
- › Ihre Bankverbindung, falls Sie diese noch nicht übermittelt haben.

Die Easy Claim-App kann für alle Ihre Leistungsanträge bis zu 1.000 € genutzt werden.

### VERSICHERTE PERSON

Name und Vorname (ggf. Ehepartner):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ):  /  /

Vertragsnummer:

Ausstellungsdatum der Versicherungsbescheinigung (TTMMJJJJ):  /  /

### ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN (VERTRAULICH)

1	Seit wann behandeln Sie den Patienten (Datum des ersten Arztbesuches)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	a) Unter welcher Erkrankung leidet der Patient (ausführliche Diagnose mit Stadium)?	
2	b) Handelt es sich um einen Unfall: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN    Eine Krankheit: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN    Eine Schwangerschaft: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
	c) Was sind die Gründe für die Erkrankung? Wie ist der Unfallhergang?	
	a) Können Sie Einzelheiten zur Entdeckung der Erkrankung oder zum Unfallhergang angeben?	
3	b) Datum/Daten des Auftretens erster Symptome (TTMMJJJJ)?	
	c) Diagnosedatum (TTMMJJJJ): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	a) Handelt es sich um das Wiederauftreten einer früheren Erkrankung? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	
4	b) Datum des Erstfalls: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Datum des ersten Arztbesuches: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	c) Art der Symptome und der früheren Behandlungen:	
5	Gibt es eine oder mehrere bereits bestehende oder erschwerende Erkrankungen? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Falls JA, welche und wann war das Diagnosedatum (TTMMJJJJ)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
6	Gibt es eine verschriebene Behandlung und/oder einen laufenden oder geplanten Behandlungsplan? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	Bitte die datierte/n Verschreibung/en beilegen und die Behandlungen angeben:
7	Sind die aufgrund dieser Erkrankung verschriebenen Behandlungen dringend (falls ja, innerhalb welcher Frist)? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN	

Diese Bescheinigung wird auf Antrag und in Person des betroffenen Antragstellers eingereicht, um die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen geltend zu machen.

Name, Vorname und Anschrift des Arztes:

Stempel und Unterschrift des Arztes:



Debe ser completado por su médico para cualquier solicitud de reembolso

Le invitamos a leer detenidamente este documento antes de solicitar un reembolso.  
Un expediente bien cumplimentado se trata con mayor rapidez.

### ¿Qué documentos debe adjuntar a su solicitud de reembolso?

Por favor, envíanos:

- › este formulario de reembolso cumplimentado y firmado por su médico,
- › su factura médica y el comprobante de pago,
- › la prescripción médica,

- › en caso de accidente, el informe de accidente (informe que detalla las circunstancias del accidente),
- › una copia de su pasaporte, incluida la página de llegada sellada de su viaje,
- › sus datos bancarios, si no nos los ha enviado.

La aplicación Easy Claim está disponible para todas sus solicitudes inferiores a 1.000 €.

### PERSONA ASEGURADA

Apellidos y nombre (seguidos, si corresponde, del nombre del cónyuge):

Fecha de nacimiento (DDMMAAAA):  /  /

Referencia de contrato:

Fecha de emisión del certificado (DDMMAAAA):  /  /

### CUESTIONARIO MÉDICO CONFIDENCIAL

1 ¿Cuánto tiempo lleva siguiendo al paciente (fecha de la primera consulta)?  /  /

a) ¿Qué patología tiene el paciente (diagnóstico detallado con fase)?

2 b) Se trata de un accidente:  SÍ  NO De una enfermedad:  SÍ  NO De un embarazo:  SÍ  NO

c) ¿Cuál es la causa de la patología? ¿Cuáles son las circunstancias del accidente?

a) ¿Puede detallar las circunstancias de la constatación de la patología o del accidente?

3 b) ¿Fecha(s) de aparición de los primeros síntomas (DDMMAAAA)?

c) Fecha de diagnóstico (DDMMAAAA):  /  /

a) ¿Se trata de recidiva de una patología previa?  SÍ  NO

4 b) Fecha del primer episodio:  /  /  Fecha de la primera consulta (DDMMAAAA):  /  /

c) Tipología de los síntomas y de los tratamientos anteriores:

5 ¿Existe una o más patologías preexistentes o agravantes?  SÍ  NO En caso **afirmativo**, ¿cuáles y cuál es la fecha de diagnóstico (DDMMAAAA)?  /  /

6 ¿Existe un tratamiento prescrito y/o un plan de atención actual o programado?  SÍ  NO Adjunte la prescripción o prescripciones fechadas e indique los tratamientos:

7 ¿Es urgente la atención prescrita para esta patología (en caso afirmativo, en qué plazo)?  SÍ  NO

Este certificado se entrega en mano a solicitud del interesado para que conste a los efectos oportunos

Apellidos, nombre y dirección del médico:

Sello y firma del médico:

