

Formulaire de remboursement assurance-maladie à l'étranger

AW-

Numéro d'assurance

Tarif

 AW24 AW-EH AW-PLUS AW24-RK AW24-DR

Renseignements sur le souscripteur de l'assurance / la personne assurée

Souscripteur de l'assurance

Organisme de prise en charge

Nom de l'assuré

Prénom

Date de naissance

Adresse de l'assuré: rue et numéro

Code postal

Localité

Numéro de téléphone

E-mail

Pour les tarifs AW24, AW-EH, AW-PLUS et AW24-DR

Je demande le remboursement des coûts de maladie qui m'ont été occasionnés.
Je vous adresse ci-joint à cet effet les **documents originaux** suivants :

Nature du document	Nombre	Devise
Facture (s) du médecin		
Facture (s) de médicaments		
Facture (s) d'hôpital		
Facture (s) d'accessoires médicaux/de remèdes		
Autres pièces justificatives de coûts		

Pour le tarif AW24-RK

Je demande le remboursement des coûts résiduels après prestation préalable de l'assurance légale.
Ci-joint le décompte de l'assurance maladie légale.

J'ai été traité (e) pour :

Diagnostic

Je demande remboursement sur le compte suivant :

Nom du titulaire du compte

IBAN

BIC

Déclaration d'affranchissement de l'obligation au secret

J'affranchis de l'obligation au secret les médecins qui m'ont traité (e) ou me traitent, les établissements hospitaliers, de même que les compagnies d'assurances, les administrations et autres organismes et donne pouvoir à Dr. Walter GmbH/Central Krankenversicherung AG pour recueillir tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour vérifier son obligation de m'indemniser. Je le confirme par ma signature ci-dessous.

Lieu, date

Signature

A adresser à:

Dr. Walter GmbH, Leistungsabteilung (Service des prestations), Eisenerzstrasse, 34 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Allemagne

En cas de questions éventuelles: T +49(0)2247 9194-31, leistung@dr-walter.com