

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS DE SANTE

1. Groupez vos demandes de façon à éviter des remboursements de faible montant.
2. Le formulaire Demande de Remboursement de frais de santé doit être rempli et envoyé uniquement par courriel [claims@swissglobalinsurance.com](mailto:claims@swissglobalinsurance.com) à SGI International Services accompagné des factures et reçus de paiement scannés et de tout autre document justifiant votre demande. Néanmoins nous vous suggérons de garder les originaux car nos services de remboursement peuvent les demander à tout moment. Veuillez également suivre les instructions qui figurent sur ce formulaire.  
(Sauf les factures établies en Suisse, veuillez nous adresser les documents originaux, prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant d'adresser les originaux).
3. Pour l'optique, la pharmacie, le laboratoire ou la kinésithérapie, les factures doivent être accompagnées de l'ordonnance du médecin prescripteur.
4. Remplissez ce formulaire avec soin, imprimez, datez, signez, et envoyez nous dans les 90 jours qui suivent la date des soins à :

### Swiss Global Insurance

c/o Swiss Health International  
Place de la Fusterie 12  
CH-1204 Geneva, Switzerland  
[claims@swissglobalinsurance.com](mailto:claims@swissglobalinsurance.com)

### Section A – ADHERENT

1. Nom de famille : \_\_\_\_\_ 2. Prénom : \_\_\_\_\_

3. N° d'assuré : \_\_\_\_\_ 4. Date de naissance : \_\_\_\_\_

5. Téléphone : \_\_\_\_\_ 6. E-mail : \_\_\_\_\_

7. Adresse : \_\_\_\_\_

Pays : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

*Si vous avez changé de compte bancaire, veuillez joindre un RIB et préciser la devise : \_\_\_\_\_*

### Section B - Patients concernés par la présente demande

1. Prénom et Nom

2. Lien familial (conjoint/enfant)

a. \_\_\_\_\_ a. \_\_\_\_\_

b. \_\_\_\_\_ b. \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_ c. \_\_\_\_\_

d. \_\_\_\_\_ d. \_\_\_\_\_

**Merci de compléter en caractères majuscules ainsi que le verso de ce formulaire**

### Section C - Soins ou Produits Médicaux (utilisez une ligne par note d'honoraires)

Date des Soins	Prénom du Patient	Description des Soins, des Services ou des Produits Médicaux ou Dentaires	Nature de la Maladie ou de la Blessure	Devise et Montant Régulé	Praticien/ Etablissement
1. _____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____

Y a-t-il un traitement sus mentionné suite à un accident, merci de préciser:  Accident automobile  Accident de Travail  Autre

A. Circonstances de l'accident : \_\_\_\_\_

B. Date et lieu de l'accident : \_\_\_\_\_

C. N° des notes d'honoraires indiquées ci-dessus correspondant à cet accident (exemple 2.5,6) \_\_\_\_\_

### Section D – Signature

Je certifie que les réponses données sur le présent formulaire sont sincères et véritables.

Signature du Patient:

Date: