



C VOTRE DEMANDE

► 1 • Remboursement

a - Dans quelle monnaie souhaitez-vous être remboursé (si vous bénéficiez de cette option) : CHF EUR USD

b - Mode de remboursement :

Virement :

Nom de la banque :

Adresse :

CP/Ville : Pays :

N° de compte : Code bancaire/Clearing :

Iban : Bic/Swift :

► 2 • Prise en charge (la prise en charge ne peut être délivrée qu'à un hôpital en cas d'hospitalisation ou à une maternité en cas d'accouchement)

a - Nom du médecin :

Adresse :

CP/Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :

b - Nom de l'hôpital :

Adresse :

CP/Ville : Pays :

Tél. 1 : Tél. 2 : Fax :

c - Date d'admission :

d - Durée prévue du séjour :

► 3 • Entente préalable (l'entente préalable est obligatoire pour le remboursement de certaines prestations comme mentionné dans les conditions générales de votre contrat)

a - Nature des soins :

b - Nom du médecin prescripteur :

Adresse :

CP/Ville : Pays :

Tél. : Fax : E-mail :

Avez-vous pensé à :

- Joindre le compte rendu de consultation signée par le médecin.
- Joindre les ordonnances et factures originales signées par le médecin.
- Préciser vos coordonnées bancaires.
- Joindre le décompte original de vos autres assurances.
- Tous originaux de justificatifs éventuels.

En cas d'accident :

- Joindre les originaux et justificatifs éventuels.

En cas de demande d'entente préalable :

- Joindre une copie de l'ordonnance de votre médecin.

Déclaration : Je soussigné(e), autorise la communication de toute information médicale nécessaire au traitement de ma demande. Je déclare que les informations ci-avant sont sincères et, à ma connaissance, exactes.

Date :

Signature de l'assuré(e) ou de son représentant

Adressez votre demande à

Golden Care – Service Médical

31 Boulevard Helvétique - 1207 Genève - Suisse

Golden Care SA - Centre de gestion et d'administration médicale et d'assistance

31 Boulevard Helvétique – 1207 Genève, Suisse – Tél. +41 22 786 12 00 – Fax +41 22 786 12 20

E-mail: goldencare@goldencare.ch – Web: www.goldencare.ch