part&namut
Cultivons votre santé

VOLET A

Demande d'intervention pour des SOINS URGENTS reçus lors d'un séjour temporaire à l'étranger

Afin de permettre le traitement de la demande, le document doit être dûment complété et signé.
Un dossier par bénéficiaire, par pays et une seule demande d'intervention par séjour.

BENEFICIAIRE DES SOINS *(à compléter ou vignette à coller)*	
NOM - PRENOM :	**DATE DE NAISSANCE :**
NUMERO NATIONAL :	**CT1-CT2 :** _ _ _ / _ _ _
ADRESSE :	VIGNETTE

Seules les factures originales accompagnées des preuves de paiement seront acceptées

1. Avez vous joint vos preuves de paiement ?	☐ OUI	☐ NON

2.1 Dans quel **pays** l'événement/la maladie/l'accident a-t-il (elle) eu lieu ?		
2.2 Dans quel **pays** les soins ont-ils été effectués ?		
2.3 Quel(le) est le **motif** de votre séjour à l'étranger (vacances, long séjour, études, détachement, autre... (1)) ?		
2.4 Quelles sont les **dates exactes** de votre séjour ?	DU ..... / ..... /	AU ..... / ..... / .....

3.1 **Quel est le motif** des soins à l'étranger (intoxication alimentaire, accident de voiture, chute,...) ?		
3.2 A quelle **date** les **premiers soins** ont-ils été reçus ?	..... / ..... /	
3.3 S'agit-il de **soins urgents imprévus** (1) ?	☐ OUI	☐ NON
3.4 S'agit-il d'un **traitement médical ayant débuté en Belgique** et devant être continué pendant votre séjour (1) ?	☐ OUI	☐ NON
3.5 S'agit-il d'un accident de sport d'hiver ?	☐ OUI	☐ NON
3.6 Avez-vous été **hospitalisé** au moins une nuit ?	☐ OUI	☐ NON
Si **OUI**, veuillez préciser la période d'hospitalisation et joindre le rapport médical.	DU ..... / ..... /	AU ..... / ..... / .....

4. Avez-vous conclu une **autre assurance** voyage, couvrant les soins médicaux pendant votre séjour à l'étranger ? (Ethias, Europ Assistance, AXA, Touring Assistance...)	☐ OUI	☐ NON
Si **OUI**, veuillez préciser le nom de cette assurance (2) :		

Cette déclaration sur l'honneur doit être dûment complétée et signée par la personne qui a reçu les soins (bénéficiaire) ou toute autre personne mandatée à signer pour le compte du bénéficiaire des soins.
Toute déclaration fautive ou incomplète, intentionnelle ou non, peut entraîner le non-paiement des interventions voire la récupération de celles-ci à charge du titulaire.

En application de la Directive Européenne 2011/24, lorsque les dispositions du Règlement Européen 883/2004 ne sont pas d'application, il sera vérifié si les soins médicaux peuvent être remboursés sur base des conditions et tarifs belges.

DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE
(ou titulaire pour un enfant)

..... / ..... / .....

(1) En cas de détachement, il y a lieu de joindre une attestation de l'employeur à la demande d'intervention
(2) Cette information nous servira à vous fournir un décompte destiné à votre compagnie d'assurance

A509G0003100000000000000000000000A

Partenamut - N° entreprise 0411.815.280 (loi du 06 août 1990) - Boulevard Louis Mettewie 74/76 - 1080 Bruxelles