

**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.

<b>BENEFICIAIRE DES SOINS</b> (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 ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
2.1 Dans quel <b>pays</b> l'événement/la maladie/l'accident a-t-il (elle) eu lieu ?		
2.2 Dans quel <b>pays</b> les soins ont-ils été effectués ?		
2.3 Quel(le) est le <b>motif</b> de votre séjour à l'étranger (vacances, long séjour, études, détachement, autre... (1)) ?		
2.4 Quelles sont les <b>dates exactes</b> de votre séjour ?	DU ..... / ..... / .....	AU ..... / ..... / .....
3.1 <b>Quel est le motif</b> des soins à l'étranger (intoxication alimentaire, accident de voiture, chute,...) ?		
3.2 A quelle <b>date</b> les <b>premiers soins</b> ont-ils été reçus ? ..... / ..... / .....		
3.3 S'agit-il de <b>soins urgents imprévus</b> (1) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3.4 S'agit-il d'un <b>traitement médical ayant débuté en Belgique</b> et devant être continué pendant votre séjour (1) ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3.5 S'agit-il d'un accident de sport d'hiver ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
3.6 Avez-vous été <b>hospitalisé</b> au moins une nuit ?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si <b>OUI</b> , veuillez préciser la période d'hospitalisation et joindre le rapport médical.	DU ..... / ..... / .....	AU ..... / ..... / .....
4. Avez-vous conclu une <b>autre assurance</b> voyage, couvrant les soins médicaux pendant votre séjour à l'étranger ? (Ethias, Europ Assistance, AXA, Touring Assistance...)	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON
Si <b>OUI</b> , 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.

<p><b>DATE ET SIGNATURE DE L'ASSURE</b> (ou titulaire pour un enfant)</p> <p>..... / ..... / .....</p>
---

(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

