

Claim Form / Demande de remboursement

Insured principal member / Assuré(e) principal(e)

- ☐ Active Staff / Membre du personnel actif ☐ Temporary Staff / Membre du personnel temporaire
☐ Bridging Cover Member / Affilié(e) de la couverture "relais" ☐ Retired Staff / Membre du personnel retraité

First name / Prénom Surname / Nom

Address / Adresse

Allianz policy number / Numéro de police Allianz Phone / Téléphone COUNTRY CODE INDICATIF PAYS AREA CODE INDICATIF REGIONAL Email **Only to be completed by temporary staff / À remplir par les membres du personnel temporaire uniquement**Agency / Agence Insured period from / Période d'assurance du / / until / au / / **Only to be completed by bridging cover member / À remplir par l'affilié(e) de la couverture « relais » uniquement**

Have you taken up any duty since your departure from NATO / SHAPE / Avez-vous repris un autre travail depuis votre départ de l'OTAN / SHAPE ?

Yes / Oui ☐ No / Non ☐If yes, please specify the period of this duty from / Si oui, veuillez indiquer la période de la mission du / / until / au / / **Patient/Patient(e)**First name / Prénom Surname / Nom Date of birth / Date de naissance / /

Member of local insurance / Affilié(e) à une mutuelle ou sécurité sociale ?

Yes / Oui ☐ No / Non ☐

If treatment is required due to an accident, is a third party responsible? / Si cette demande résulte d'un accident, un tiers est-il responsable ?

Yes / Oui ☐ No / Non ☐**Details of expenses (if there is insufficient space please use an additional form) /****Informations sur les frais (s'il n'y a pas suffisamment d'espace, veuillez utiliser un formulaire séparé)**

No.	Nature of treatment / Nature du traitement	Please state whether this is a serious illness / Veuillez préciser si ce traitement se rapporte à une maladie grave	Currency / Devise	Amount of expenses / Montant des frais	Amount of reimbursement by another source (e.g. another insurer or social security system) / Montant remboursé par un autre organisme (par ex. assureur privé ou sécurité sociale)
1		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
2		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
3		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
4		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
5		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
6		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
7		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
8		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
9		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			
10		Yes / Oui ☐ No / Non ☐			

Option 1: Payment to principal member / Paiement à l'assuré(e) principal(e) ☐

Paiement au prestataire médical (par ex. hôpital, spécialiste) (les coordonnées bancaires demandées ci-dessous ne sont pas nécessaires pour cette option) ☐

Veuillez indiquer la devise dans laquelle vous souhaitez être remboursé(e) (assurez-vous que votre compte bancaire accepte la devise choisie)

Claimant's signature / Signature du demandeur _____

Date

D	D
J	J

 /

M	M
M	M

 /

Y	Y	Y	Y
A	A	A	A

To read our Data protection Notice, visit: www.allianzcare.com/en/privacy.html.

Vos données personnelles

www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html.

We need your consent

Nous avons besoin de votre consentement

Please complete, sign and return this form by:

Veillez remplir, signer et retourner ce formulaire par :

Email : unityclaims@allianzworldwidecare.com, or/ou

Fax : +32 2 210 6598, or/ou

Post / Courier : Allianz, Bd Roi Albert II 32, 1000 Brussels, Belgium

L'assureur est AWP Health & Life SA, société anonyme régie par le Code des assurances, au capital de 95 551 314 €, dont le siège social est situé au 7 Rue Dra Maar, 93400 Saint-Ouen, France. Enregistrée en France : No. 401 154 679 RCS Bobigny. Numéro de TVA : FR 44 801 154 679. L'administrateur de votre assurance est AP Solutions GmbH – succursale belge, située Bd Roi Albert II 32, 1000 Bruxelles, Belgique. TVA : BE1016.623.940. RPM Bruxelles: 1016.623.940. AP Solutions GmbH est enregistrée au registre du commerce (tribunal local de Munich) sous le numéro HRB 152610.