



## DEMANDE DE REMBOURSEMENT DE FRAIS MÉDICAUX

1. Veuillez écrire lisiblement et en **LETTRES CAPITALES**.
2. Ce formulaire comporte des données personnelles. Nous vous recommandons impérativement de ne pas le transmettre à des assurés n'appartenant pas à votre famille.
3. Veuillez compléter un formulaire par personne et par devise de remboursement.
4. Envoyez ce formulaire accompagné des factures originales (veuillez ne pas utiliser d'agrafes) à:  
**Cigna, P.O. Box 69, 2140 Antwerpen, Belgium**

Nom d'assuré  
N° de référence  
personnel  
Organisation


Adresse


Téléphone

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Email

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### PATIENT

Nom

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Date de naissance

J   M   A

Sexe

M  F

Parenté

Assuré  Epoux(se)/conjoint(e)  Enfant  Autre, veuillez préciser:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

### DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Votre demande est-elle liée, en totalité ou partiellement, à un accident?  Oui  Non  Oui, liée à un accident du travail

↳ Si oui, veuillez également compléter le formulaire [Déclaration d'accident](#).

Veuillez attacher le(s) décompte(s) RCAM et mentionnez le diagnostic.

Décompte 1: diagnostic

Décompte 2: diagnostic

Décompte 3: diagnostic

Décompte 4: diagnostic

Décompte 5: diagnostic

### PAIEMENT - COMPLÉTER UNIQUEMENT EN CAS DE MODIFICATION DES DONNÉES DE PAIEMENT

Virement bancaire  Chèque

Devise de remboursement de votre choix

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

La liste des devises disponibles est définie au contrat d'assurance. Attention: si cette devise diffère de la devise de votre compte en banque, il se pourrait que votre banque vous facture des frais de change, dont vous êtes entièrement redevable.

Nom du titulaire du compte

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N° de compte ou IBAN

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

BIC/code Swift

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Identification de la banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom et adresse complète de la banque

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

En vue d'une gestion rapide du contrat et/ou de vos demandes de remboursement ou de sinistre, et uniquement à cet effet, je, soussigné(e) donne par la présente mon consentement spécifique et informé concernant le traitement des données médicales me concernant et/ou concernant les membres de ma famille (article 7 de la loi belge du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée). J'atteste que les renseignements fournis ci-dessus sont, à ma connaissance, vrais et exacts. La présentation d'une fausse demande de remboursement tout comme la communication intentionnelle de renseignements mensongers ou la rétention de renseignements relatifs à une demande de remboursement sont punies par la loi. Vous autorisez la divulgation à d'autres personnes ou entités de renseignements fournis ci-dessus ou joints au présent formulaire, et ce, aux fins de traitement de votre demande de remboursement et de la gestion de votre assurance santé.

Date

J   M   A

Signature de l'assuré

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--