



# Formulaire d'auto-certification

## Comment remplir ce formulaire

Veillez remplir toutes les sections de ce formulaire en **MAJUSCULES D'IMPRIMERIE**. Si une section est incomplète, votre demande peut être légèrement retardée le temps que nous obtenions les informations nécessaires.

- Veuillez fournir une version photocopée ou scannée des factures acquittées détaillées.
- Veuillez lire attentivement ces informations et signer la déclaration de ce formulaire. Si le patient a moins de 16 ans, nous invitons un parent ou son tuteur à signer ce formulaire.

Veillez envoyer votre formulaire complété à :

**Téléchargement ou e-mail sécurisé via :**  
[axaglobalhealthcare.com/customer](https://axaglobalhealthcare.com/customer)

**Fax :** +44 (0) 1892 508256

**Adresse postale :** AXA – Global Healthcare, Phillips House, Crescent Road, Tunbridge Wells, Kent, TN1 2PL, Royaume-Uni

## Définitions de nos mots et expressions

Certains mots et certaines phrases que nous utilisons dans ce formulaire ont une signification particulière, par exemple lorsque nous parlons de traitement.

**Vous et votre :** lorsque nous utilisons vous et votre, nous faisons référence au membre principal et à tout autre membre de la famille couvert par votre police.

**Nous et notre :** lorsque nous utilisons nous et notre, nous faisons référence à AXA Global Healthcare (UK) Limited agissant au nom de AXA Insurance dac.

## 1 Détails de l'assurance

### 1.1 Coordonnées de l'assuré principal

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

### 1.2 Coordonnées du patient

Nom du patient

Date de naissance

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Numéro d'assuré

Numéro de la demande

Suite à la page suivante

PB71940/05.19

## 2 Informations concernant votre demande – à compléter par le patient

Dans certains cas, nous pouvons récupérer la somme remboursée pour le traitement s'il est la conséquence d'un accident ou d'une blessure **causée par une personne tierce**. Les réponses à ces questions nous aideront à déterminer si cette option est envisageable pour nous. Cela n'affectera en aucun cas le résultat de la demande de remboursement dans le cadre de votre régime d'assurance AXA Global Healthcare.

2.1 Le traitement est-il la conséquence d'une blessure causée par un accident ?

Oui  Non

2.2 Si oui, estimez-vous qu'une autre personne est responsable de votre accident ou de votre blessure ?

Oui  Non

2.3 Avez-vous souscrit une autre police d'assurance susceptible de couvrir vos frais, par exemple une assurance voyage ?

Oui  Non

## 3 Informations de paiement – à compléter par le patient

**Vous ne devez remplir cette section que si vous avez déjà payé l'hôpital ou le professionnel de santé pour votre traitement et que vous nous demandez un remboursement.**

Normalement, nous payons directement les factures éligibles à l'hôpital ou au professionnel de santé concerné. Si les factures que vous nous avez transmises n'ont pas encore été réglées et que le traitement est couvert par votre police, nous paierons automatiquement l'hôpital ou le professionnel de santé concerné en votre nom. Si vous avez déjà payé vous-même les factures, veuillez compléter cette section avec vos coordonnées bancaires, nous envoyer les factures acquittées détaillées et nous vous rembourserons par chèque ou virement directement sur votre compte bancaire.

Malheureusement, nous ne sommes pas en mesure de transférer le montant sur votre carte de crédit ou de débit, il est donc inutile de fournir des numéros de carte dans ce formulaire.

3.1 Devise du remboursement

3.2 Numéro de compte bancaire

3.2 Nom du bénéficiaire

3.3 Nom et adresse de la banque

  

---

  

---

3.4 Pays

3.5 IBAN

3.6 Code Swift

3.7 Intitulé du compte

3.8 Numéro ABA

\*Remarque : les codes IBAN et Swift sont requis si le paiement est effectué en euros

### Justificatif de paiement

Veuillez joindre une photocopie de toutes les factures acquittées détaillées pour le traitement et de tout certificat médical, correspondance ou documents relatifs à votre demande. Pour éviter tout retard de paiement, veuillez à bien indiquer :

- les dates du traitement,
- le type de traitement,
- le montant de la facture, et indiquez si vous avez déjà payé la ou les facture(s).

## 4 À propos de votre traitement – à compléter par le patient

Veillez vous assurer que toutes les informations fournies sont à votre connaissance exactes, précises et complètes. Malheureusement, si ces informations s'avèrent fausses, nous risquons de ne pas pouvoir procéder au remboursement pour cette pathologie et, dans certaines circonstances, nous pourrions être obligés d'annuler votre adhésion.

- 4.1 Veuillez décrire brièvement votre pathologie depuis que vous avez été diagnostiqué. Indiquez la date exacte, si possible.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 4.2 Comment la maladie a-t-elle commencé ? Veuillez indiquer tous les symptômes et décrire en détails la pathologie depuis que vous l'avez contractée. Pour les accidents, indiquez comment, quand et où l'accident a eu lieu.

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 4.3 Avez-vous déjà reçu un traitement pour ce type de blessure ou de maladie auparavant ?

**Oui** Si oui, précisez ci-dessous  **Non**

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

- 4.5 Demandez-vous une prestation forfaitaire pour une hospitalisation qui ne vous a pas été facturée ?

**Oui**  **Non**

- 4.6 Si oui, veuillez indiquer vos dates d'admission et de sortie et joindre un certificat de l'hôpital confirmant ces dates (vous pouvez l'obtenir auprès du service de gestion des dossiers de l'hôpital).

**Oui**  **Non**

Date d'admission

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| J | J | M | M | A | A | A | A |

Date de sortie

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
|   |   |   |   |   |   |   |   |
| J | J | M | M | A | A | A | A |

- 4.4 Si la demande est liée à une grossesse, cette grossesse est-elle le résultat d'une conception naturelle ?

**Oui**  **Non**

## 5 Déclaration et consentement

**Votre police d'assurance est prise en charge par AXA Insurance dac et administrée par AXA- Global Healthcare (AXA). AXA Global Healthcare (UK) limited agit au nom de AXA Insurance dac pour l'administration de cette police.**

**Veillez lire cette déclaration ainsi que la « page d'informations importantes » à la fin de ce formulaire puis signer la section 5.4.**

Je déclare que toutes les informations fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes.

Pour garantir l'application des engagements de mon assurance maladie, j'accepte que :

- AXA Insurance dac et/ou AXA Global Healthcare (UK) Limited (conjointement **AXA**) demandent des informations médicales au professionnel de santé et/ou à l'hôpital du patient (voir la section **Dossiers médicaux** de ce formulaire)
- le professionnel de santé et/ou l'hôpital fournissent ces informations médicales, via des rapports ou des copies de mes dossiers de santé et informations médicales, à **AXA**.
- le professionnel de santé et/ou l'hôpital impliqués dans les soins du patient vérifient les informations médicales et appliquent les accords mis en place avec **AXA** pour les raisons suivantes : (Veillez cocher oui ou non pour chacune des propositions.)
  - pour évaluer puis réviser ma demande et appliquer les termes/exclusions de la police (si vous cochez non, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande)  
 **Oui**  **Non**
  - pour contrôler les dossiers du professionnel de santé et de l'hôpital afin d'analyser leurs performances et de s'assurer qu'AXA est correctement facturée  
 **Oui**  **Non**

5.1 Je déclare être le patient

- Oui**  
 **Non**

5.2 Le patient a-t-il moins de 16 ans ?

- Oui**  
 **Non**

a. Si oui, je déclare être le parent du patient

- Oui**  
 **Non**

b. Si oui, je déclare être le tuteur du patient

- Oui**  
 **Non**

5.3 Je souhaite consulter tout rapport du médecin avant qu'il vous soit envoyé

- Oui**  
 **Non**

5.4 Signé\*

(Ce formulaire doit être signé à la main. Nous n'acceptons pas les signatures électroniques.)

\*À signer par le patient ou le parent/tuteur si le patient a moins de 16 ans

5.5 Date

|   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| J | J | M | M | A | A | A | A |
|---|---|---|---|---|---|---|---|

Je souhaite qu'une autre personne/un ou plusieurs autres organisme(s) m'assistent quant à cette demande de remboursement. En ce sens, j'habilite **AXA** ou tout autre gestionnaire de polices d'assurances et la personne ou le(s) organisme(s) mentionnés ci-dessous à examiner cette même demande et, tant qu'il est nécessaire, à communiquer entre eux les informations sanitaires et médicales pertinentes me concernant.

- Non**  
 **Oui**

Si vous avez répondu par l'affirmative, veuillez indiquer le nom de la personne ou du/des organisme(s) concernés ici :

(indiquer le nom d'un ou plusieurs organismes nous autorise à communiquer avec n'importe lequel de leurs employés ce qui pourra nous être utile en cas d'indisponibilité de la personne habituellement en charge de votre dossier).

# Dossiers médicaux

Si nous demandons un dossier médical contenant des informations sur votre pathologie, vos antécédents et tout traitement éventuel, vous n'êtes pas obligé de donner votre consentement. Toutefois, si vous ne donnez pas votre consentement, nous pourrions ne pas être en mesure de traiter votre demande.

Si vous souhaitez consulter le rapport avant qu'il nous soit envoyé, veuillez cocher la case ci-dessous. Nous vous contacterons pour vous informer de la date à laquelle nous demandons de consulter le rapport et vous devrez contacter votre médecin dans les 21 jours après la date de notre demande. Vous avez 21 jours pour le consulter à partir de la date à laquelle nous contactons votre médecin.

Je souhaite consulter tout rapport du médecin et/ou de l'hôpital avant qu'il soit envoyé à **AXA**.

Si vous ne cochez pas cette case et que vous changez d'avis, vous pouvez contacter votre médecin et lui demander de voir le rapport.

Vous pouvez à tout moment demander au médecin de voir le rapport dans les six mois à compter de la date à laquelle il nous l'envoie.

Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations contenues dans ce rapport, vous pouvez demander au médecin de les modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera une déclaration écrite à joindre au rapport qui nous est envoyé.

Votre médecin n'a pas à vous montrer les parties du rapport susceptibles selon lui de vous nuire physiquement ou mentalement ni les éléments dévoilant des plans de traitement ultérieurs qu'il ne souhaite pas que vous connaissiez.

Si le rapport contient des informations sur une personne tierce, le médecin ne peut vous montrer cette partie du rapport.

Votre médecin peut vous facturer une copie du rapport. Ces frais ne sont pas pris en charge par votre plan d'assurance.

Si nous recevons un dossier médical témoignant d'une pathologie que vous auriez dû déclarer dans votre demande de plan d'assurance, nous sommes libres de modifier les termes de votre plan.

## Protection des données

Nous traiterons vos données personnelles conformément à la législation en vigueur sur la protection des données.

Vous êtes autorisé à consulter les informations que nous possédons vous concernant. Vous pouvez nous écrire pour obtenir une copie de vos informations personnelles contenues dans les rapports indépendants que nous demandons. Si vous

souhaitez obtenir une copie d'un rapport médical envoyé par votre médecin, il vous sera plus rapide de le contacter directement puisque nous devons obtenir son autorisation avant de vous le transmettre.

Pour veiller à vous fournir les meilleurs services possibles, nous traitons les demandes de remboursement dans différents pays à travers le monde.

Nous pouvons contrôler les dossiers médicaux des médecins et hôpitaux pour :

- prévenir et détecter les infractions, et plus particulièrement les fraudes,
- examiner les performances des spécialistes,
- s'assurer que nous sommes correctement facturés pour leurs services.

Ces contrôles peuvent être effectués dans le cadre d'un programme ou à la suite d'un événement donné.

Nous pouvons être amenés à partager vos informations à des tiers, notamment des experts médicaux, d'autres assurances et d'autres organismes soucieux de la détection et de la prévention des fraudes.

Dans certaines circonstances, nous sommes tenus par la loi de communiquer des informations aux services répressifs en cas de suspicion de demandes frauduleuses ou autres infractions. Cela peut impliquer l'ajout d'informations à caractère non médical à des bases de données accessibles par d'autres assureurs et par les services répressifs. Nous pouvons également être amenés à communiquer tout problème aux organismes de réglementation concernés quand nous avons une raison de douter de l'aptitude à pratiquer d'un prestataire médical.

Pour consulter l'intégralité de notre politique de confidentialité, rendez-vous sur [www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice](http://www.axaglobalhealthcare.com/privacynotice)

## Soins de santé intégrés pour les programmes de santé collectifs

Si vous êtes adhérent au programme de santé d'une entreprise, votre employé peut également fournir ou utiliser notre service de médecine du travail et/ou notre programme d'aide aux employés. Ces services sont fournis par des sociétés séparées.

Avec votre consentement, nous et ces sociétés partagerons des informations sensibles et/ou personnelles dans le cadre d'un besoin moral de connaître vos informations de base pour vous fournir, à vous et à votre employeur (dans le cas de services de médecine au travail et du programme d'aide aux employés) l'assistance et les conseils adéquats concernant votre santé.