

Von Ihrem Arzt für jeden Leistungsantrag ausfüllen lassen

Bitte lesen Sie sich dieses Formular vor jedem Leistungsantrag genau durch.
Ein vollständiger Leistungsantrag kann schneller bearbeitet werden.

Welche Dokumente sind Ihrem Leistungsantrag beizulegen?

Bitte übermitteln Sie uns:

- › dieses vollständig von Ihrem Arzt ausgefüllte und unterzeichnete Formular,
- › Ihre Arztrechnung und Zahlungsnachweis,
- › die ärztliche Verschreibung,

- › bei einem Unfall, den Unfallbericht (Bericht mit Einzelheiten zum Unfallhergang),
- › eine Kopie Ihres Reisepasses, einschließlich der Seite mit dem Stempel Ihrer Einreise,
- › Ihre Bankverbindung, falls Sie diese noch nicht übermittelt haben.

Die Easy Claim-App kann für alle Ihre Leistungsanträge bis zu 1.000 € genutzt werden.

VERSICHERTE PERSON

Name und Vorname (ggf. Eheame):

Geburtsdatum (TTMMJJJJ): / /

Vertragsnummer:

Ausstellungsdatum der Versicherungsbescheinigung (TTMMJJJJ): / /

ÄRZTLICHER UNTERSUCHUNGSBOGEN (VERTRAULICH)

1 Seit wann behandeln Sie den Patienten (Datum des ersten Arztbesuches)? / /

a) Unter welcher Erkrankung leidet der Patient (ausführliche Diagnose mit Stadium)?

2 b) Handelt es sich um einen Unfall: JA NEIN Eine Krankheit: JA NEIN Eine Schwangerschaft: JA NEIN

c) Was sind die Gründe für die Erkrankung? Wie ist der Unfallhergang?

a) Können Sie Einzelheiten zur Entdeckung der Erkrankung oder zum Unfallhergang angeben?

3 b) Datum/Daten des Auftretens erster Symptome (TTMMJJJJ)?

c) Diagnosedatum (TTMMJJJJ): / /

a) Handelt es sich um das Wiederauftreten einer früheren Erkrankung? JA NEIN

4 b) Datum des Erstfalls: / / Datum des ersten Arztbesuches: / /

c) Art der Symptome und der früheren Behandlungen:

5 Gibt es eine oder mehrere bereits bestehende oder erschwerende Erkrankungen? JA NEIN Falls JA, welche und wann war das Diagnosedatum (TTMMJJJJ)? / /

6 Gibt es eine verschriebene Behandlung und/oder einen laufenden oder geplanten Behandlungsplan? JA NEIN Bitte die datierte/n Verschreibung/en beilegen und die Behandlungen angeben.

7 Sind die aufgrund dieser Erkrankung verschriebenen Behandlungen dringend (falls ja, innerhalb welcher Frist)? JA NEIN

Diese Bescheinigung wird auf Antrag und in Person des betroffenen Antragstellers eingereicht, um die Inanspruchnahme der Versicherungsleistungen geltend zu machen.

Name, Vorname und Anschrift des Arztes:

Stempel und Unterschrift des Arztes:



CLAIM FOR REIMBURSEMENT

My temporary cover abroad

MyStudies Cover / MyTravel Cover

To be completed by your doctor for all claims for reimbursement



Please read this document carefully before making any claim.
A complete file is processed more quickly.

What documents should you enclose with your claim?

Please send us:

- › this reimbursement form completed and signed by your doctor,
- › your medical invoice and proof of payment,
- › the medical prescription,
- › in the event of an accident, the accident report (report detailing the circumstances of the accident),
- › a copy of your passport, including the stamped page showing your arrival date,
- › your bank details if you have not already sent them to us.

The Easy Claim app is available for all your claims under €1,000.

INSURED PERSON

Surname and first name (followed, if applicable, by the spouse's name):

Date of birth (DDMMYYYY): / /

Contract reference:

Date of issuance of the insurance certificate (DDMMYYYY): / /

CONFIDENTIAL MEDICAL QUESTIONNAIRE

1	How long have you been in charge of the patient (date of first consultation)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	a) What is the patient's condition (detailed diagnosis and stage)?	
2	b) Does it concern an accident: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO An illness: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO A pregnancy: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	c) What is the cause of the condition? What are the circumstances of the accident?	
3	a) Can you give details of the circumstances in which the condition or accident was discovered?	
	b) Date(s) of first symptoms (DDMMYYYY)?	
	c) Date of diagnosis (DDMMYYYY): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
4	a) Is it a recurrence of a previous condition? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
	b) Date of the first episode: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> Date of the first consultation: <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	
	c) Nature of symptoms and previous treatments:	
5	Are there any pre-existing or aggravating conditions? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If YES, which conditions and what is the date of diagnosis (DDMMYYYY)? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>
6	Is there a prescribed treatment and/or care plan in progress or scheduled? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Please attach dated prescription(s) and indicate treatments:
7	Is the treatment prescribed for this condition urgent (if so, how soon)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

This certificate is provided at the request of the person concerned for all legal intents and purposes.

Doctor's surname, first name and address:

Doctor's stamp and signature:



Debe ser completado por su médico para cualquier solicitud de reembolso

Le invitamos a leer detenidamente este documento antes de solicitar un reembolso.
Un expediente bien cumplimentado se trata con mayor rapidez.

¿Qué documentos debe adjuntar a su solicitud de reembolso?

Por favor, envíanos:

- › este formulario de reembolso cumplimentado y firmado por su médico,
- › su factura médica y el comprobante de pago,
- › la prescripción médica,

- › en caso de accidente, el informe de accidente (informe que detalla las circunstancias del accidente),
- › una copia de su pasaporte, incluida la página de llegada sellada de su viaje,
- › sus datos bancarios, si no nos los ha enviado.

La aplicación Easy Claim está disponible para todas sus solicitudes inferiores a 1.000 €.

PERSONA ASEGURADA

Apellidos y nombre (seguidos, si corresponde, del nombre del cónyuge):

Fecha de nacimiento (DDMMAAAA): / /

Referencia de contrato:

Fecha de emisión del certificado (DDMMAAAA): / /

CUESTIONARIO MÉDICO CONFIDENCIAL

1 ¿Cuánto tiempo lleva siguiendo al paciente (fecha de la primera consulta)? / /

a) ¿Qué patología tiene el paciente (diagnóstico detallado con fase)?

2 b) Se trata de un accidente: SÍ NO De una enfermedad: SÍ NO De un embarazo: SÍ NO

c) ¿Cuál es la causa de la patología? ¿Cuáles son las circunstancias del accidente?

a) ¿Puede detallar las circunstancias de la constatación de la patología o del accidente?

3 b) ¿Fecha(s) de aparición de los primeros síntomas (DDMMAAAA)?

c) Fecha de diagnóstico (DDMMAAAA): / /

a) ¿Se trata de recidiva de una patología previa? SÍ NO

4 b) Fecha del primer episodio: / / Fecha de la primera consulta (DDMMAAAA): / /

c) Tipología de los síntomas y de los tratamientos anteriores:

5 ¿Existe una o más patologías preexistentes o agravantes? SÍ NO En caso **afirmativo**, ¿cuáles y cuál es la fecha de diagnóstico (DDMMAAAA)? / /

6 ¿Existe un tratamiento prescrito y/o un plan de atención actual o programado? SÍ NO Adjunte la prescripción o prescripciones fechadas e indique los tratamientos:

7 ¿Es urgente la atención prescrita para esta patología (en caso afirmativo, en qué plazo)? SÍ NO

Este certificado se entrega en mano a solicitud del interesado para que conste a los efectos oportunos

Apellidos, nombre y dirección del médico:

Sello y firma del médico:



DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Ma couverture temporaire à l'étranger

MyStudies Cover / MyTravel Cover



À faire compléter par votre médecin pour toute demande de remboursement

Nous vous invitons à lire attentivement ce document avant toute demande de remboursement.

Un dossier complet est traité plus rapidement.

Quels documents joindre à votre demande de remboursement ?

Merci de nous faire parvenir :

- › ce formulaire de remboursement complété et signé par votre médecin,
- › votre facture médicale et preuve de paiement,
- › la prescription médicale,

- › en cas d'accident, le rapport d'accident (rapport détaillant les circonstances de l'accident),
- › une copie de votre passeport, comprenant la page tamponnée de l'arrivée de votre voyage,
- › votre RIB si vous ne nous l'avez pas transmis.

L'application Easy Claim est disponible pour toutes vos demandes inférieures à 1 000€.

PERSONNE ASSURÉE

Nom et prénom (suivi s'il y a lieu du nom de l'époux) :

Date de naissance (JJMMAAAA) : / /

Référence du contrat :

Date d'émission du certificat d'assurance (JJMMAAAA) : / /

QUESTIONNAIRE MÉDICAL CONFIDENTIEL

1 Depuis quand suivez-vous le patient (date de première consultation) ? / /

a) De quelle pathologie est atteint le patient (diagnostic détaillé avec stade) ?

2 b) S'agit-il d'un accident : OUI NON D'une maladie : OUI NON D'une grossesse : OUI NON

c) Quelle est la cause de la pathologie ? Quelles sont les circonstances de l'accident ?

a) Pouvez-vous détailler les circonstances de la découverte de la pathologie ou de l'accident ?

3 b) Date(s) d'apparition des premiers symptômes (JJMMAAAA) ?

c) Date de diagnostic (JJMMAAAA) : / /

a) S'agit-il d'une récurrence de pathologie antérieure ? OUI NON

4 b) Date du premier épisode : / / Date de la première consultation : / /

c) Nature des symptômes et des traitements antérieurs :

5 Existe-t-il une ou des pathologies préexistantes ou aggravantes ? OUI NON Si OUI, lesquelles et quelle est la date du diagnostic (JJMMAAAA) ? / /

6 Y a-t-il un traitement prescrit et/ou plan de soins en cours ou programmé ? OUI NON Merci de joindre la (les) prescription(s) datée(s) et d'indiquer les traitements :

7 Les soins prescrits au titre de cette pathologie sont-ils urgents (si oui, sous quels délais) ? OUI NON

Ce certificat est remis en mains propres à la demande de l'intéressé(e) pour faire valoir ce que de droits.

Nom, prénom et adresse du médecin :

Tampon et signature du médecin :

