

Demande d'intervention pour des frais divers encourus à l'occasion de soins urgents reçus lors d'un séjour à l'étranger



Remettez ce formulaire dûment complété à votre agence locale ou envoyez-le à :

Helan Mutualité libre
Boomsesteenweg 5, 2610 Wilrijk

Davantage d'informations : www.helan.be

Afin de permettre le traitement de la demande, le document doit être dûment complété et signé. Un dossier par bénéficiaire, par pays et par séjour. **Seules les factures originales accompagnées des preuves de paiement seront acceptées.**

Coordonnées du client ou vignette

Vignette

Pour une personne à charge (conjoint, enfant, cohabitant,...), indiquez la nationalité du titulaire à charge duquel elle est inscrite.

A compléter par l'assuré :

- Quelles étaient les dates de votre séjour ? Du / / au / /
- Dans quel pays les frais ont-ils été exposés ?
- Avez-vous une autre assurance voyage couvrant les soins médicaux pendant votre séjour à l'étranger ? NON OUI :
- Pour qui les frais sont-ils demandés ? Pour la personne qui a reçu des soins (bénéficiaire des soins) Pour la (les) personne(s) qui l'accompagnai(en)t - nombre :
- La centrale d'assistance Mediphone Assist a-t-elle été appelée ? OUI NON
- Pour quel type de frais parmi ceux énoncés ci-dessous ? (case(s) à cocher et date(s)/période(s) à préciser)
 - Frais de séjour
 - Repas: à quelle(s) date(s)/période(s) ?
 - Hôtel: à quelle(s) date(s)/période(s) ?
 - Taxis: à quelle(s) date(s)/période(s) ?
 - Autre : à préciser : a quelle(s) date(s)/période(s) ?
 - Frais de voyage (uniquement après accord de la centrale d'assistance) : date(s)/période(s)
 - Frais de rapatriement de la dépouille mortelle : date(s)/période(s)
 - Frais de voyage (uniquement après accord de la centrale d'assistance) : date(s)/période(s)
 - Frais de téléphone : date(s)/période(s)
- Veuillez spécifier le motif de ces frais (*contexte, circonstances, raisons, chronologie*) ?
Motif :

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.

Date et signature de l'assuré (ou du titulaire pour un enfant)