

DR-WALTER GmbH
Leistungsabteilung
Eisenerzstrasse 34
53819 Neunkirchen-Seelscheid
Germany

Contrat de groupe AGIAMONDO : Formulaire de remboursement pour coopérants/coopérantes au développement selon la loi allemande sur la coopération au développement EhfG

AW-EH

Numéro d'assurance

Renseignements sur la personne assurée

Nom de l'assuré

Prénom

Date de naissance

Adresse professionnelle

Numéro de téléphone

E-mail

Demande de remboursement de coûts de maladie

Je demande le remboursement des coûts de maladie qui m'ont été occasionnés.

Je vous adresse ci-joint à cet effet les **originaux** des pièces justificatives figurant dans le relevé suivant.

Je demande remboursement sur le compte suivant :

Nom du titulaire du compte

IBAN

BIC

Déclaration d'affranchissement de l'obligation au secret

J'affranchis de l'obligation au secret les médecins qui m'ont traité (e) ou me traitent, les établissements hospitaliers, de même que les compagnies d'assurances, les administrations et autres organismes et donne pouvoir à DR-WALTER GmbH/Generali Deutschland Krankenversicherung AG pour recueillir tous les renseignements qui lui sont nécessaires pour vérifier son obligation de m'indemniser. Je le confirme par ma signature ci-dessous.

Lieu, date

Signature

A adresser à : DR-WALTER GmbH, Leistungsabteilung (Service des prestations), Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany

En cas de questions éventuelles : T +49 (0) 2247 9194-31, leistung@dr-walter.com

Contrat de groupe AGIAMONDO : Relevé des originaux des pièces justificatives envoyées en vue du remboursement

AW-EH	
Numéro d'assurance	Annexe au formulaire de remboursement du (date)
Nom de l'assuré	Prénom
Adresse professionnelle	

Relevé

A remplir par vous-même					A remplir par l'assureur
N° d'ordre	Emetteur de la facture / émetteur de la pièce justificative	Date de la facture	Traitement / diagnostic	Montant de la facture avec mention de la devise	Remboursement en EUR
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
Remboursement total en EUR →					

- à la personne assurée ☐
- à l'émetteur de la facture ☐
- à AGIAMONDO ☐

Permettez-nous de faire les observations ci-après au sujet des pièces justificatives suivantes

N° d'ordre	Un remboursement de cette pièce justificative n'est pas possible / n'est que partiellement possible par ce que :

A adresser à : DR-WALTER GmbH, Leistungsabteilung (Service des prestations), Eisenerzstrasse 34, 53819 Neunkirchen-Seelscheid, Germany

En cas de questions éventuelles : T +49 (0) 2247 9194-31, leistung@dr-walter.com