

# Claim Form / Formulaire de remboursement

(Please use block letters / SVP écrire en majuscule)

## Information about the insured / Information sur l'assuré(e)

Travel period: <i>Période du séjour</i>	From (dd/mm/yyyy) <i>Du (jj/mm/aaaa)</i>		To (dd/mm/yyyy) <i>Au (jj/mm/aaaa)</i>	
First name(s) <i>Prénom</i>			Date of birth (dd/mm/yyyy) <i>Date de naissance (jj/mm/aaaa)</i>	
Family name(s) <i>Nom</i>				Sex (M/F) <i>Sexe (H/F)</i>
Address <i>Adresse</i>				
City <i>Ville</i>		Postal Code <i>Code postal</i>		
Country <i>Pays</i>		Tel. daytime <i>Tél. jour</i>		
Tel. evening <i>Tél. soir</i>		Fax <i>Fax</i>		
E-mail <i>Courriel</i>				
Reimbursement address (if different from above) <i>Adresse de remboursement (si différente de ci-dessus)</i>				
Policy Number <i>Numéro de police</i>				

## In case of illness / injury / Dans le cas d'une maladie / blessure

Is this claim for :  Illness  Injury  Accident  Other  
*Cette réclamation est pour Maladie Blessure Accident Autre*

Where did the illness / injury occur? \_\_\_\_\_  
*Où cette maladie/blessure a-t-elle eu lieu?*

Country \_\_\_\_\_ Date (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
*Pays Date (jj/mm/aaaa)*

Diagnosis \_\_\_\_\_  
*Diagnostique*

Describe the course of the illness / injury (date of first symptom, etc.) \_\_\_\_\_  
*Décrire l'événement (premier symptômes, etc...)*

Have you previously had similar symptoms?  YES  NO If YES, when? \_\_\_\_\_  
*Avez-vous déjà eu des symptômes similaires? OUI NON Si OUI, quand?*

Describe the symptoms \_\_\_\_\_  
*Décrire les symptômes*

Name of your doctor in country of permanent residence \_\_\_\_\_  
*Nom de votre docteur dans votre pays de résidence*

Address \_\_\_\_\_  
*Adresse*

City \_\_\_\_\_ Postal Code \_\_\_\_\_  
*Ville Code postal*

Telephone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
*Téléphone Fax*

A medical report must be included. If you need extra space in order to give a full description, please continue on a blank piece of paper.  
*Un rapport médical doit être inclus. Si vous avez besoin d'espace supplémentaire pour décrire adéquatement l'événement, svp continuez sur une feuille blanche.*

## In case of an accident / Dans le cas d'un accident

What happened? Describe the situation \_\_\_\_\_  
 Que s'est-il passé? Décrivez la situation \_\_\_\_\_

In case of an accident, a police report must be submitted.  
 Dans le cas d'un accident, svp inclure un rapport de police.

Names and addresses of witnesses, if any \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse de témoins, s'il y en a \_\_\_\_\_

## In case of treatment by a doctor / Dans le cas d'un traitement chez un médecin

Date(s) of treatment (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
 Date(s) de traitement (jj/mm/aaaa)

Doctor's name \_\_\_\_\_  
 Nom du docteur

Address \_\_\_\_\_  
 Adresse

City \_\_\_\_\_  
 Ville

Postal Code \_\_\_\_\_  
 Code postal

Telephone \_\_\_\_\_  
 Téléphone

Fax \_\_\_\_\_  
 Fax

E-mail \_\_\_\_\_  
 Courriel

Please enclose all information from the doctor together with the original and receipted bills. The bills must state the dates of treatment and specify each individual amount.

S'il vous plaît, joindre toutes les informations du médecin ainsi que les factures originales et acquittées. Les factures doivent indiquer les dates de traitement et spécifier chacun des montants.

## In case of treatment at a hospital or an emergency room / Dans le cas d'un traitement à l'hôpital ou aux urgences

Date(s) of treatment (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
 Date(s) de traitement (jj/mm/aaaa)

Date of discharge (dd/mm/yyyy) \_\_\_\_\_  
 Date de sortie (jj/mm/aaaa)

Hospital's name \_\_\_\_\_  
 Nom de l'hôpital

Doctor's name \_\_\_\_\_  
 Nom du docteur

Address \_\_\_\_\_  
 Adresse

Postal Code \_\_\_\_\_  
 Code postal

City \_\_\_\_\_  
 Ville

Fax \_\_\_\_\_  
 Fax

Telephone \_\_\_\_\_  
 Téléphone

E-mail \_\_\_\_\_  
 Courriel

Please enclose all information from the doctor together with the original and receipted bills. The bills must state the dates of treatment and specify each individual amount.

S'il vous plaît, joindre toutes les informations du médecin ainsi que les factures originales et acquittées. Les factures doivent indiquer les dates de traitement et spécifier chacun des montants.

## Other insurance / Autre assurance

Do you have insurance cover with another company?  
 Avez-vous une couverture avec une autre compagnie d'assurance?

YES  
 OUI

NO  
 NON

Name and address \_\_\_\_\_  
 Nom et adresse

Policy Number \_\_\_\_\_  
 Numéro de police

Has the claim been reported to the other company?  
 Est-ce que la réclamation a été signalée à l'autre compagnie d'assurance?

YES  
 OUI

NO  
 NON

## Reimbursement / Remboursement

Please enclose the original itemised and receipted bills and travel documentation.

*S'il vous plaît, joindre les originaux des factures acquittées et détaillées, ainsi que vos documents de voyage.*

The amount should be reimbursed to:

*Le remboursement doit être fait à l'ordre de*

Policyholder

*Assuré(e)*

Other

*Autre*

Amount

*Montant*

Currency

*Devise*

Please transfer reimbursement to my credit card

*Rembourser sur ma carte de crédit*

VISA

EUROCARD / MASTERCARD

JCB

Card no.

*Numéro carte de crédit*

Expiry date (mm/yy)

*Date d'expiration (mm/aa)*

Please transfer reimbursement to my account

*SVP, rembourser directement dans mon compte bancaire*

Name of bank

*Nom de la banque*

Address

*Adresse*

BIC / SWIFT Code / ABA, if any

*Code BIC / SWIFT / ABA s'il y a lieu*

IBAN

*IBAN*

Account Number

*Numéro de compte*

Account holder

*Titulaire du compte*

If no choice of reimbursement method has been made, ihi Bupa will send a cheque. Your choice of reimbursement method cannot be changed after the claim has been processed.

*Si aucun choix pour la méthode de remboursement n'a été fait, ihi Bupa enverra un chèque. Votre choix de la méthode de remboursement ne peut pas être modifié une fois la demande traitée.*

## Must be signed by the insured / Doit être signé par l'assuré(e)

I, the undersigned, declare that all information given in this Claim Form is in accordance with the truth and that nothing is concealed. I authorise Bupa Denmark, filial af Bupa Insurance Limited, England (the Company) to obtain information from any doctor, hospital or insurance company concerning myself or any co-insured person in order to process the claim in accordance with the Policy Conditions.

I hereby accept that the Company will record the information given for the purpose of processing data in connection with e.g. premium collection, processing of claims, reimbursements etc. In case of non acceptance of the request for reimbursement, the information given may be recorded. The Danish Act on Processing of Personal Data allows me the right of access to see documents and information recorded. I also accept that all correspondence concerning the insurance will be sent to the person registered as policyholder.

*Je, soussigné, déclare que tous les renseignements fournis dans ce formulaire de réclamation sont conformes à la vérité et que rien n'est caché. J'autorise Bupa Denmark, filiale de Bupa Insurance Limited, Angleterre (la Société) à obtenir des informations de tout médecin, hôpital ou compagnie d'assurance concernant moi-même ou toute personne co-assurée afin de traiter la demande en conformité avec les conditions générales de la police.*

*J'accepte que la Société enregistre les informations fournies aux fins du traitement des données en rapport avec par exemple la collecte des primes, traitement des réclamations, des remboursements etc. En cas de non-acceptation de la demande de remboursement, les informations fournies peuvent être enregistrées. La loi danoise sur le traitement des données à caractère personnel me donne un droit d'accès pour consulter les documents et informations enregistrées. Je reconnais aussi que toute la correspondance relative à l'assurance sera envoyée à la personne enregistrée en tant que titulaire.*

Date \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_