



Cigna Global Health Options

Formulaire de demande de remboursement
de frais médicaux et d'optique



SECTION A

COORDONNÉES DU PATIENT

À compléter par le bénéficiaire ou son représentant légal.

PERSONNES À CHARGE

Prénom		Nom	
Date de naissance (JJ/MM/AAAA)		Identifiant de la police	
Adresse postale complète du patient			
Nature de la maladie			
L'adresse e-mail			
Tél. :		Fax :	
Avez-vous, ou une personne à assurer dans le cadre de la présente police a-t-elle, des rendez-vous, des traitements, des tests ou des examens prévus ou en cours ?		Oui	Non
Si vous avez répondu « oui » à la question ci-dessus, veuillez donner des détails ci-dessous :			
Nom et prénom			
Numéro de la police d'assurance			
Adresse de la compagnie d'assurance			

SECTION B

INFORMATIONS RELATIVES AUX PAIEMENTS

À compléter par le bénéficiaire ou son représentant légal.

Liste des frais pour lesquels un remboursement est demandé et montant	Indiquez à qui vous souhaitez que le montant soit versé et dans quelle devise
---	---

Traitement	Date	payé	Paiement à	Devise

Mode de paiement disponible pour le remboursement	Virement bancaire
Veuillez indiquer vos coordonnées bancaires ci-dessous:	
Numéro de compte bancaire	
Code guichet	
Code Swift*	
Nom de la banque	
Nom du titulaire du compte	
IBAN*	
Adresse de l'agence bancaire	

*Ces informations permettront à la banque destinataire de transférer plus efficacement le paiement

SECTION C

**J'AUTORISE LA COMMUNICATION DE TOUTE INFORMATION MÉDICALE NÉCESSAIRE AU TRAITEMENT DE CETTE DEMANDE.
À MA CONNAISSANCE, TOUTES LES INFORMATIONS DONNÉES SONT VRAIES.**

Signature de la personne assurée
(ou de son représentant légal) :

Date (JJ/MM/AAAA)

SECTION D

INFORMATIONS MÉDICALES

À remplir par le médecin traitant - EN LETTRES D'IMPRIMERIE SVP

Veillez indiquer votre diagnostic de la maladie/blessure, en précisant la date à laquelle les symptômes ont commencé à se manifester :

Veillez donner les détails du traitement :

Veillez indiquer en caractères d'imprimerie votre nom, votre profession médicale et votre adresse et ajouter le cachet officiel de votre cabinet.

Signature de la personne assurée
(ou de son représentant légal) :

Date (JJ/MM/AAAA)

AVIS RELATIF AUX CAS DE FRAUDE

Toute personne qui, sciemment et dans l'intention de frauder une compagnie d'assurance ou une autre personne, introduit une demande de remboursement ou une déclaration de sinistre contenant des informations délibérément fausses, commet un acte de fraude à l'assurance, ce qui constitue un crime. Nous ne traiterons pas les demandes qui nous semblent frauduleuses. Tout acte frauduleux peut entraîner la résiliation de votre police d'assurance. Nous ouvrirons une enquête sur toute demande d'indemnisation que nous jugeons frauduleuse.

L'entité contractante de Cigna qui vous concerne, parmi celles énumérées ci-dessous, sera précisée dans le règlement de votre police et votre certificat d'assurance.

- a) Cigna Global Insurance Company Limited; ou
- b) Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V.; ou
- c) Cigna Worldwide General Insurance Company Limited; ou
- d) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (UK Branch); ou
- e) Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. (Singapore Branch).

Veillez renvoyer le formulaire dûment complété, ainsi que les originaux des reçus/factures, à l'adresse suivante :

Traitements administrés en dehors des États-Unis
Cigna Global Health Options
I Knowe Road
Greenock
PA15 4RJ
Scotland
Tél.: +44 (0) 1475 788182
Fax : +44 (0) 1475 492113
Email : cignaglobal_customer.care@cigna.com

Traitements administrés aux États-Unis
Cigna International
PO Box 15964
Wilmington, Delaware 19850
United States of America
Tél. : +44 (0) 1475 788182
Fax : +44 (0) 1475 492113
Email : cignaglobal_customer.care@cigna.com



Pour les assurances administrées par l'intermédiaire de notre bureau du Dubai International Finance Centre, sous la licence d'assurance Cigna Global Insurance Company Limited, l'agent de souscription est Cigna Insurance Management Services (DIFC) Limited, une société réglementée par l'autorité des services financiers de Dubaï. Le nom et le logo Cigna Healthcare, ainsi que les autres marques Cigna, sont la propriété de Cigna Intellectual Property, Inc. Leur utilisation est autorisée en vertu d'une licence concédée par The Cigna Group et ses filiales opérationnelles. Tous les produits et services sont fournis par ou via de telles filiales, et non par The Cigna Group. Ces filiales incluent Cigna Global Insurance Company Limited, Cigna Life Insurance Company of Europe S.A.-N.V., Cigna Europe Insurance Company S.A.-N.V. et Cigna Worldwide General Insurance Company Limited.

© 2024 Cigna Healthcare. Tous droits réservés

59I797 MEDICAL AND VISION CLAIM FORM FR II/2025