

## Remplir ce formulaire

- Utilisez ce formulaire pour soumettre une demande de prestation d'hospitalisation.
- Veuillez à répondre à toutes les questions et à signer la déclaration.
- Veuillez écrire lisiblement en lettres majuscules.
- Si vous avez des questions, appelez-nous au +44 (0) 330 333 6686.

## Prochaine étape

Envoyez-nous votre formulaire dûment rempli, accompagné des documents relatifs à votre demande d'indemnisation, y compris les factures, les reçus de paiement et les éventuels rapports médicaux, en utilisant **une** des options suivantes. Veuillez noter que vous devez conserver les originaux de vos factures et reçus pendant six mois à des fins d'audit, sauf en cas d'envoi par la poste où les originaux doivent être inclus, auquel cas des photocopies doivent être conservées.

**En ligne :** MyIMG

**E-mail :** GPMclaims@imglobal.com

**Fax :** +44 (0) 330 333 6687

**Adresse**

**postale :** Équipe d'indemnisation d'IMG,  
B.P. : 1114 Cardiff CF11 1UL Royaume-Uni

## 1 Coordonnées du patient

Titre

M.  Mme  Mlle  Mlle  Autre

Prénom(s)

Nom de famille

Numéro ID de la pathologie ou référence du dossier (si disponible)

Numéro(s) de mobile à contacter

Date de naissance (JJ-MM-AAAA)

Prénom(s) du preneur d'assurance

Numéro client

Adresse électronique

En fournissant une adresse électronique et un numéro de mobile, vous acceptez les notifications électroniques (y compris les courriels et les SMS) aux fins du traitement de vos demandes.

## 2 Détails de paiement

Veuillez confirmer à qui nous devons envoyer le paiement :  Payer le prestataire  Rembourser l'assuré/le patient (remplir le formulaire ci-dessous)

Nom du titulaire du compte (exactement comme il est enregistré auprès de votre banque)

Numéro de compte / IBAN (Votre numéro de compte peut être composé de 8 à 34 chiffres. En dehors du Royaume-Uni, veuillez saisir l'IBAN, exemple d'IBAN : GB17BUKB20182703450546)

Code guichet (compte détenu au Royaume-Uni uniquement)

Code Swift ou BIC (compte détenu en dehors du Royaume-Uni, ce code est composé de 8 ou 11 caractères et constitue l'identifiant unique de votre banque, exemples : AIBKGB2X ou BARCGB22XXX)

Devise de paiement

Nom de la banque

Adresse de la banque

Code postal

Pays

Code de routage

Code BSB/ABA/Transit

**Nous vous recommandons de contacter votre banque pour confirmer les détails de paiement corrects afin de vous assurer que vous recevez bien les fonds envoyés depuis le Royaume-Uni. Certains pays et certaines banques exigent des informations supplémentaires lors de la réception de paiements internationaux.**

### 3 Description des dépenses

Veillez fournir de brèves informations sur le traitement reçu

Quelle était la date d'admission (JJ-MM-AAAA) ?

Quelle était la date de sortie (JJ-MM-AAAA) ?

Veillez joindre une preuve de l'hôpital pour l'admission ci-dessus en tant que patient éligible à un traitement sans frais de votre part ainsi qu'un rapport médical de l'hôpital en question après la sortie.

Document joint  Oui  Non

### 4 Déclaration et consentement

**Votre demande sera gérée par IMG ou par un tiers au nom d'IMG.**

Je confirme avoir pris connaissance des informations contenues dans le présent formulaire. Je souhaite déposer une demande d'indemnisation et déclare que toutes les informations que je vous ai fournies sont, à ma connaissance, véridiques et correctes.

- Je consens à ce qu'IMG examine les informations contenues dans les rapports ou dossiers médicaux qui peuvent être demandés.
- Je consens à ce qu'IMG partage les informations médicales et de santé contenues dans ce formulaire, un dossier médical ou tout rapport médical avec les souscripteurs de ma police.
- Je consens à ce que le médecin et/ou l'hôpital impliqué dans les soins du patient examine les détails médicaux ou de traitement et les dispositions de sortie avec IMG.

- Je déclare être le patient  
▶ si le patient a moins de 16 ans, un parent ou un tuteur doit cocher cette case et signer ci-dessous au nom du patient

Nom du parent ou tuteur

Relation avec le patient

- Je souhaite voir le rapport du médecin avant qu'il ne vous soit envoyé  
 J'accepte de recevoir les relevés de prestations et les informations médicales personnelles par courrier électronique

Signature du patient (à signer par le parent/tuteur si le patient a moins de 16 ans)

Date de signature (JJ-MM-AAAA)

Nom du patient

## 5 Informations capitales

Veillez lire attentivement et conserver pour vos archives

### Loi de 1988 sur l'accès aux rapports médicaux :

**Vous devez comprendre ces droits avant d'accepter que nous demandions un rapport à votre médecin traitant.**

**Ces droits ne concernent pas les rapports des praticiens qui ne sont pas responsables de votre traitement. De même, lorsque nous demandons des informations provenant de votre dossier médical, comme une copie de vos rapports médicaux par exemple, seul le premier point s'applique.**

- Vous pouvez ne pas donner votre consentement, mais dans ce cas, il se peut que nous ne soyons pas en mesure de traiter votre demande.
- Si nous avons besoin d'un rapport, nous vous écrirons pour vous indiquer la date à laquelle il a été demandé.
- Vous pouvez indiquer dans la case de la section 4 Déclaration et consentement du présent formulaire si vous souhaitez consulter le rapport du médecin bien avant qu'il nous soit communiqué. Vous avez 21 jours à compter de la date de notre demande pour le faire et c'est à vous de contacter le médecin. Si vous changez d'avis avant que le rapport ne nous soit envoyé, vous pouvez contacter votre médecin pour le consulter. Vous disposez d'un délai de 21 jours à compter de la date de notre demande pour le faire.
- Si vous n'êtes pas d'accord avec les informations contenues dans le rapport, vous pouvez contacter le médecin pour les modifier. Si le médecin n'est pas d'accord avec vous, il vous demandera de rédiger une déclaration qui sera jointe au rapport qui nous est envoyé.
- Vous pouvez demander au médecin de consulter le rapport à tout moment dans un délai de six mois à compter de la date à laquelle le médecin nous l'a envoyé.
- Votre médecin peut vous facturer une copie du rapport. Ces frais ne sont pas couverts par votre régime/police.
- Votre médecin n'est pas tenu de vous montrer certaines parties du rapport s'il pense que cela pourrait nuire à votre santé physique ou mentale.
- Si le rapport contient des informations sur une autre personne, le médecin ne vous montrera pas cette partie du rapport.
- Si le médecin ne souhaite pas vous montrer une partie de son rapport, il vous le notifiera par écrit, mais vous pourrez toujours consulter les autres parties du rapport.

### Règlement général sur la protection des données (RGPD) :

**Les informations relatives à la santé, aux antécédents médicaux et à tout traitement que vous suivez sont des informations personnelles sensibles.**

- Nous traitons vos données personnelles sensibles dans le cadre de notre intérêt légitime à vous fournir une assurance maladie. Cela comprend l'évaluation de votre demande, la gestion de votre police et le traitement des demandes de remboursement. De plus, nous nous appuyons sur des bases légales d'intérêt public substantiel pour prévenir la fraude et garantir l'intégrité du secteur de l'assurance, sur nos obligations légales de conformité aux réglementations et aux exigences de déclaration, et sur la nécessité contractuelle afin de vous fournir la couverture et les services décrits dans votre police.
- Pour une description complète de la manière dont nous recueillons et utilisons vos informations personnelles et de vos droits en vertu du RGPD, veuillez consulter notre politique de confidentialité à l'adresse : <https://www.imglobal.com/intl/legal/privacy-policy>

### L'audit, la prévention et la détection d'acte criminel.

**Nous pouvons vérifier les dossiers des médecins et des hôpitaux pour :**

- Nous assurer que leurs services nous sont correctement facturés ;
- Prévenir et détecter la criminalité, en particulier la fraude; ou
- Passer en revue les résultats des spécialistes.

Les audits peuvent faire partie d'un programme ou répondre à une circonstance spécifique et peuvent impliquer l'examen des dossiers médicaux des clients détenus par la personne ou l'organisation faisant l'objet de l'audit.

Nous pouvons être amenés à partager les informations que nous recevons avec des tiers. Il s'agit notamment d'experts médicaux, d'autres assureurs, du NHS Counter Fraud Security Management Service (Service de gestion de la sécurité contre la fraude) et du General Medical Council (Conseil médical général). La loi nous oblige, dans certaines circonstances, à divulguer des informations aux organismes chargés de l'application de la loi en cas de suspicion de demandes d'indemnisation frauduleuses et d'autres délits.

Cela peut impliquer l'ajout d'informations non médicales à une base de données qui sera consultée par d'autres assureurs et organismes chargés de l'application de la loi. Nous sommes tenus d'informer le General Medical Council ou tout autre organisme de réglementation compétent de toute question pour laquelle nous avons des raisons de penser que l'aptitude à exercer d'un prestataire médical peut être compromise.

International Medical Group Limited est autorisée et régie par l'instance de régulation du secteur financier, la Financial Conduct Authority (311496). Enregistrée en Angleterre et au Pays de Galles (4163178). Siège social : 254 Upper Shoreham Road, Shoreham-By-Sea, West Sussex, BN43 6BF.

IMG Europe AB est autorisée et réglementée par l'instance suédoise de régulation du secteur financier (71922) et est enregistrée en tant que représentante légale par l'instance de régulation du secteur financier (1003200). Enregistrée en Suède (559405-0469). Siège social : c/o SiriusPoint International, Fleminggatan 14, 112 26, Stockholm, Suède. Adresse du bureau britannique (BR025974) : 3e étage, Fitzalan House, Cardiff, CF24 0EL, Royaume-Uni.