

Ce formulaire papier est destiné **exclusivement aux demandes transmises par voie postale, et dont le montant est supérieur à 500 €.**

Merci de renseigner les champs ci-dessous et de joindre : vos **factures originales acquittées**, les copies des **ordonnances**, des **rapports médicaux**, et de votre **passport** (pages d'identification + tampon d'arrivée OU billet d'avion), ainsi que votre **visa PVT/WHV/EIC (uniquement pour les personnes titulaires d'un visa PVT ou EIC)**. Les documents médicaux doivent toujours mentionner les nom et prénom du patient, la date des soins, les coordonnées du praticien, de l'établissement hospitalier, du laboratoire ou du pharmacien. Les reçus de caisse qui ne font pas apparaître toutes ces informations ne sont pas suffisants (une facture détaillée est indispensable). Merci de bien grouper vos demandes afin que nous puissions procéder au traitement de votre dossier dans son intégralité. Nous vous recommandons de photocopier/scanner tous les documents envoyés.

Vos demandes supérieures à 500€ sont à adresser par courrier postal, avec les factures originales, à :
ACS - Service Médical – à l'attention du Médecin conseil, 153 Rue de l'Université 75007 Paris, FRANCE

Les demandes **inférieures à 500€** sont à adresser **exclusivement** via notre plateforme en ligne dédiée : <https://clems.acs-ami.com>. **ATTENTION** : L'assureur se réserve le droit de demander à tout moment les **ORIGINAUX** des pièces justificatives pendant une durée de 18 ou 24 mois, comme indiqué dans les conditions générales de votre contrat.

N° d'attestation/certificat : _____ Date de naissance : _____ (JJ/MM/AAAA)

Nom: _____ Prénom : _____

Adresse de correspondance complète:

Téléphone: _____ E-mail personnel: _____

(Code pays + Numéro, exemple : +33 1 23 45 67 89)

Les soins reçus sont en rapport avec :

Un Accident: Circonstances (date, lieu, détails):

Une Maladie / Diagnostic - Pathologie et date (Exemple : *angine 12/09*) :

Antécédents médicaux et chirurgicaux en lien direct ou indirect avec l'affection concernée :

Date des premiers symptômes : _____ (JJ/MM/AAAA)

Détails des factures de soins ou Produits médicaux:

Date des soins (JJ/MM/AAAA)	Pays	Devise et montant réglé	Soins reçus
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

Commentaires:

En cas de remboursement je souhaite recevoir:

Un virement sur un compte bancaire en euros (joindre codes IBAN et BIC)

Un virement sur un compte bancaire en devise étrangère (joindre document officiel avec coordonnées bancaires complètes et code SWIFT) **Attention : les virements internationaux sont soumis à des frais bancaires variables et acceptés pour un remboursement minimum de 50€.**

Un virement bancaire sur un compte tiers : joindre en plus la copie de passeport du titulaire du compte et une autorisation écrite de l'assuré à recevoir le remboursement sur le compte tiers.