

# Demande d'intervention pour des soins urgents reçus lors d'un séjour temporaire à l'étranger

Afin de permettre le traitement de la demande, le document doit être dûment complété et signé.  
Un dossier par bénéficiaire, par pays et par séjour.  
Seules les factures originales accompagnées de la preuve de paiement seront acceptées.

## BÉNÉFICIAIRE DES SOINS (à compléter ou vignette à coller)

|  |                            |
|--|----------------------------|
| <b>Nom – Prénom :</b>  | <b>Date de naissance :</b> |
| <b>Numéro National :</b>   | <b>CT1 – CT2 :</b>         |
| <b>Adresse :</b>   |                            |
| <b>Nationalité* :</b>  |                            |
| * Pour une personne à charge (conjoint, enfant, cohabitant,...), indiquez la nationalité du titulaire à charge duquel elle est inscrite. |                            |

### 1. Votre séjour

|   |                   |
|---|-------------------|
| 1.1. Dans quel <b>pays</b> l'événement/la maladie/ l'accident a-t-il eu lieu ?  |                   |
| 1.2. Dans quel <b>pays</b> les soins ont-ils été prodigués ?  |                   |
| 1.3. Quel(le) est le <b>motif ou la nature</b> de votre séjour à l'étranger (vacances, long séjour, études, détachement, autre,...) ? (1) |                   |
| 1.4. Quelles sont les <b>dates exactes</b> de votre séjour ?  | Du _____ au _____ |

### 2. Vos soins médicaux

|  |   |
|--|---|
| 2.1. <b>Suite à quel(s) événement(s)</b> les soins à l'étranger ont-ils été reçus ? (intoxication alimentaire, accident de voiture, chute,...) |   |
| 2.2. À quelle <b>date</b> les <b>premiers soins</b> ont-ils été reçus ?  |   |
| 2.3. S'agit-il d'une hospitalisation ( <u>avec au moins une nuit</u> ) ? (2)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, veuillez préciser la période d'hospitalisation :   | Du _____ au _____   |
| 2.4. S'agit-il d'un accident de sports d'hiver ? (2)   | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2.5. S'agit-il de <b>soins urgents imprévus</b> ? (2)  | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| 2.6. S'agit-il d'un <b>traitement médical ayant débuté</b> en Belgique et devant être continué pendant votre séjour ? (2)                      | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

### 3. Vos assurances

|   |   |
|---|---|
| 3.1. Avez-vous conclu une autre <b>assurance</b> voyage, couvrant les soins médicaux pendant votre séjour à l'étranger ?<br>Par exemple, Ethias, Europ-Assistance, Touring Assistance,... | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Si oui, veuillez préciser le nom de cette assurance (3) :   |   |

Cette déclaration sur l'honneur doit être dûment complétée et signée par la personne qui a reçu les soins (bénéficiaire) ou toute autre personne mandatée à signer pour le compte du bénéficiaire des soins.

Toute déclaration fautive ou incomplète, intentionnelle ou non, peut entraîner le non-paiement des interventions voire la récupération de celles-ci à charge du titulaire. En application de la Directive Européenne, lorsque les dispositions du Règlement Européen 883/2009 ne sont pas d'application, il sera vérifié si les soins médicaux peuvent être remboursés sur base des conditions et tarifs belges.

**Date et signature de l'assuré (ou du titulaire pour un enfant)**

- (1) en cas de détachement, il y a lieu de joindre une attestation de l'employeur à la demande d'intervention.  
 (2) cochez la réponse correcte.  
 (3) cette information nous servira à vous fournir un décompte destiné à votre compagnie d'assurance.

Siège social :  
rue Natalis, 47B - 4020 Liège  
Tél. 04 344 86 11

www.omnimut.be  
clientele@omnimut.be

