

## DEMANDE DE REMBOURSEMENT – FRAIS DE SANTÉ

### BÉNÉFICIAIRE

Madame       Monsieur

Nom \_\_\_\_\_ Prénom(s) \_\_\_\_\_

Matricule Ascoma Santé : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

N° appart. : \_\_\_\_\_ N° entrée / Bât. / Imm. : \_\_\_\_\_ N° : Avenue / Rue / Lieu-dit : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_ Pays : \_\_\_\_\_

Soussigné, demande par la présente, le paiement du montant dû au titre du remboursement des frais de santé, déduction faite de toute somme non due, conformément aux clauses et conditions prévues par la police d'assurance. Il est convenu que ce paiement constitue le solde de tout compte au titre de ce sinistre.

Ci-joint (prière de cocher la ou les bonne(s) case(s) svp :

- La feuille de soins renseignée  
 Les pièces justificatives des dépenses  
 Autres \_\_\_\_\_

### MODE DE RÈGLEMENT CHOISI (cochez la case correspondante)

Chèque barré                                       Chèque non barré                                       Mobile Money (Orange, Mtn, Moov)  
Au N° \_\_\_\_\_ (\*\*)

Moyennant le mode de paiement choisi, je déclare formellement renoncer contre l'assureur et son représentant ASCOMA CI à toute action et réclamation à l'occasion du sinistre objet de ma demande. Je déclare également que les informations fournies sont exactes. Je certifie que je ne demande remboursement que des seuls frais de soins éligibles au remboursement dans le cadre de ma police d'assurance et que ces frais n'ont pas déjà fait l'objet d'un remboursement. J'assume toutes responsabilités pour toutes fausses déclarations.

\* Pour les règlements par Mobile Monney, le plafond de remboursement est fixé à **500.000 FCFA**

Fait à _____	Le <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Signature du bénéficiaire
--------------	--	---------------------------

### CADRE RÉSERVÉ À ASCOMA CÔTE D'IVOIRE

Total dépense : \_\_\_\_\_

Montant non remboursé : \_\_\_\_\_

Net à payer : \_\_\_\_\_

Date et visa du gestionnaire : \_\_\_\_\_

(\*) Les données et informations fournies par le Bénéficiaire sont uniquement utilisées aux fins du traitement de la demande de remboursement formulée par celui-ci. Elles ne peuvent être utilisées à d'autres fins que le traitement du remboursement sauf dans les cas expressément prévus par la loi. Conformément à la loi n° 2013-450 du 19 juin 2013 relative à la protection des données à caractère personnel, ses textes d'application ainsi que la loi n°2013-546 du 30 juillet relative aux transactions électroniques, un exemplaire de cette demande vous sera remis personnellement. Les données figurant sur cette demande seront traitées avec la confidentialité requise. Par ailleurs vous aurez la faculté de demander la rectification d'informations erronées ou la suppression de tout ou partie des informations dont vous ne souhaitez pas la conservation par notre centre de traitement des dites données. Toutes demandes pourront être formulées à notre adresse et nos contacts figurant sur le présent formulaire de demande de remboursement de soins de santé.

(\*\*\*) Les frais de retrait et d'envoi du montant des remboursements via « Mobile Money » sont à la charge du bénéficiaire du remboursement. La preuve résultant de la présentation du justificatif du transfert au N° indiqué ne pourra être remise en cause par le bénéficiaire.