



Service médical TRAVEL ZEN-GAPI :
03.74.45.43.05
medical@gapigestion.com
Du lundi au vendredi
de 9h à 12h30 et 13h30 à 18h

FORMULAIRE DE DEMANDE DE REMBOURSEMENT

Complétez toutes les sections de ce formulaire et joignez-y **les factures originales acquittées et feuilles de soins** ainsi que **les ordonnances/prescriptions** et **les comptes rendus médicaux**. Il vous faudra également joindre **une attestation d'assurance** nous permettant d'identifier correctement votre contrat ainsi que **votre RIB (compte zone SEPA)**. Nous attirons votre attention sur le fait que le RIB doit être à votre nom. S'il est au nom d'un tiers, il sera impératif de joindre une procuration écrite de votre part ainsi qu'une photocopie de votre pièce d'identité et de celle du tiers détenteur du compte. Si vos frais dépassent 500 €, nous vous remercions par avance de nous adresser les originaux. Prenez la précaution de faire des photocopies de tous les documents avant de les adresser à :

GAPI-GESTION - Service médical TRAVEL ZEN
Zone d'Activité ACTIBURO
99 Rue Parmentier 59 650 Villeneuve d'Ascq – France

Réf. Souscription :

Nom : Prénom :

Adresse de correspondance :

Téléphone : E-mail :

Les soins reçus sont en rapport avec :

Ouverture d'un dossier auprès de l'Assisteur : Si Oui N° :

Maladie / Accident : Circonstances (date, lieu, détails), Diagnostic (pathologie) et date :

Date des premiers symptômes :

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

DÉTAILS DES FACTURES :

	Date des soins	Montant en devise	Nature des soins	Commentaire
1				
2				
3				
4				
5				
6				

- Pour toute demande d'assistance ou prise en charge d'une hospitalisation, contactez l'Assistance (24h/24 et 7j/7) au numéro figurant sur votre attestation d'assurance
- Pour toute demande de remboursement de frais concernant des soins ambulatoires, contactez Service médical TRAVEL ZEN-GAPI au 33.3.74.45.43.05 et par mail à medical@gapigestion.com
- Je renonce à effectuer les démarches de remboursement auprès des différents organismes de santé auquel je pourrai être affilié et je donne subrogation à GAPI pour exercer un recours contre ces derniers.

Date :

Signature précédée de la mention : « J'atteste sur l'honneur l'exactitude des informations transmises »

Signature du médecin et tampon