

## HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

ASSURANCE SANTÉ FORMULAIRE DE RÉCLAMATION

Please note that you must submit a claim for your medical expenses within three (3) months of the date from which they were incurred. A complete answer must be given to each question.

Veuillez noter que vous devez réclamer vos frais médicaux dans les trois (3) mois qui suivent la date à laquelle ils ont été encourus. Une réponse complète doit être donnée à chaque question.

### CLIENT DETAILS / INFORMATIONS CLIENTS:

To be completed by the beneficiary / A être complétée par le bénéficiaire

Policy number / Numéro de la police .....

Employer (company insurance) / Employeur (assurance de l'entreprise) : .....

Name of Insured / Nom de l'Assuré : .....

Name of Beneficiary (The Patient) / Nom du Bénéficiaire (Le Patient) .....

Date of birth / Date de naissance : ..... Contact No. / No. de téléphone : .....

Email: .....

### DOCUMENTS TO BE SUBMITTED / DOCUMENTS À SOUMETTRE:

Please submit all original documents relating to your claim / Merci de soumettre tous les originaux relatifs à votre réclamation

Please tick the appropriate box(es) / Veuillez cocher la/les case(s) appropriée(s)

- Complete medical report from the attending doctor(s) / Rapport Médical complet du/des médecin(s) traitant(s).  
The report must include the diagnosis and the length of treatment / Le rapport doit inclure le diagnostic et la durée du traitement.**
- Doctor's prescription / L'ordonnance du/des médecin(s)**
- Original invoices / Les factures originales**
- Other fees paid / Les notes d'honoraires et autres frais acquittés**
- Detailed receipts of pharmacy and/or laboratory / Les reçus détaillés de la pharmacie et/ou du laboratoire**
- Optical / Optique: lens prescription / la prescription des verres**
- Dental / Dentaire :  
Report must include the date, treatment details, cost and tooth/teeth number treated.  
Rapport doit inclure la date, les détails du traitement, le coût et le(s) numéro(s) de(s) dent(s) respectif(s).**

## PATIENT'S DECLARATION / DÉCLARATION DU PATIENT

### Total amount paid for the treatment/

Montant total des frais encourus : .....

I, the undersigned Mr/Mrs. .... declare that the information communicated herein is true and correct, and that I have not concealed any information to the Insurer. I acknowledge that any false information shall render this claim null and void, and may nullify my contract. I authorise The Mauritius Union Assurance Cy. Ltd to look for any other information concerning my medical state of health or treatments received related to this claim and/ or my medical history and to submit my file to their medical advisors.

Je, soussigné(e) M/Mme ..... déclare que les informations que j'ai communiquées ci-dessus sont exactes et avérées, et que je n'ai ni retenu, ni dissimulé des informations relatives à cette réclamation à l'Assureur. Je suis conscient(e) que toute fausse déclaration peut rendre cette réclamation nulle et non-avenue, et entraîner la nullité du contrat. J'autorise The Mauritius Union Assurance Cy. Ltd à contacter mon/ mes médecin(s) traitant(s) afin de recueillir toute information qu'elle jugerait nécessaire sur mon état de santé et/ou les traitements reçus dans le cadre de la présente réclamation et/ou de mes antécédents médicaux et de soumettre mon dossier à ses médecins agréés.

### I agree to the Terms and Conditions listed above and those in the General Conditions

J'accepte les Termes et Conditions ci-dessus et celles dans les conditions générales

.....

.....  
Date

**Signature of insured / Signature de l'assuré**

.....

**Signature of beneficiary / Signature du bénéficiaire  
(if the patient is an adult) (Si le/la patient(e) est un(e) adulte)**

Internal use

Claim Number :
Amount Paid :
Cheque Number :