

FORMULAIRE DE PRISE EN CHARGE PAR LA CARTE DE SAUVETAGE

COORDONNEES PATIENT

Nom, Prénom, Date de naissance

Adresse

Numéro de téléphone

Adresse e-mail

Date du transport

Motif du sauvetage

Employeur

Bénéficiaire du remboursement
(Nom+Prénom+Adresse)

IBAN ou compte postal

Banque

N° de membre Air-Glacières

Nom de l'assurance maladie (LAMal)

Nom de l'assurance complémentaire

AUTRES PRESTATAIRES DE SERVICES

Êtes-vous en possession d'une carte de sauvetage chez les prestataires suivants ?

Air Zermatt N°

Rega N°

AAA N°

Êtes-vous en possession du TCS Livret Protection d'urgence

oui non

Êtes-vous inscrit(e) à la caisse de compensation et de ce fait au bénéfice de prestations complémentaires

oui non

PERSONNE DE CONTACT ET/OU TUTEUR LEGAL (SI DIFFERENT DES COORDONNEES PATIENT)

Nom, Prénom, Téléphone, E-mail

DOCUMENTS A ANNEXER, PAR EMAIL OU COURRIER

Copie de la facture de transport

Décomptes de prestations des diverses assurances

Votre dossier sera traité dès réception de tous les documents requis. En cas de documents manquants, Air-Glacières se réserve le droit de ne pas donner de suite.

J'autorise Air-Glacières à contacter mes assurances et entreprendre les démarches afin d'obtenir les documents ou informations manquants pour ma demande de remboursement. Signature : _____

AIR-GLACIERS SA

Route de l'Aéroport 25, 1950 Sion, Switzerland

T: +41 27 329 14 18 E: infocarte@air-glacières.ch W: air-glacières.ch

