

# Formulaire d'entente préalable

Veillez compléter ce formulaire en **LETTRES CAPITALES**.

Bien qu'une entente préalable ne soit pas requise à l'avance pour des **soins d'urgence**, vous-même, votre médecin, un ayant droit ou un collègue devez nous informer de votre hospitalisation **dans les 48 heures suivant l'incident**.

Il est possible de remplir le formulaire d'entente préalable par téléphone en appelant notre service d'assistance téléphonique (+353 1 629 7199) si les soins doivent être administrés dans les 72 heures. Avant d'appeler, veuillez réunir le plus d'informations possible, notamment les coordonnées de votre médecin.

**La section 1** doit être remplie en totalité par le patient (ou au nom du patient)

**La section 2** doit être remplie en totalité par le médecin

Un formulaire incomplet nous retarderait à garantir votre traitement dans la mesure où nous serions obligés de revenir vers vous ou votre médecin pour plus d'informations.

La police d'assurance du patient doit être active au moment du traitement. Veuillez noter que cette garantie de paiement est soumise aux conditions générales de votre couverture d'assurance, ainsi qu'à l'évaluation de tous les documents pertinents dont nous avons besoin en rapport avec cette pathologie médicale.

## 1 Informations sur le patient (à remplir par le patient ou au nom du patient)

Numéro de police

M.  M<sup>me</sup>  Autre

Prénom

Nom

Date de naissance  /  /

**Veillez indiquer le nom de la personne à contacter au sujet du déroulement de cette procédure**

Nom

Lien avec le patient, par ex. Lui-même/Elle-même, époux(se)/partenaire, parent

Téléphone INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

Téléphone portable INDICATIF PAYS  INDICATIF REGIONAL

E-mail

### La protection de vos données personnelles est notre priorité

La manière dont nous protégeons votre vie privée est indiquée dans notre notice sur la protection des données. Il s'agit d'une notice importante qui indique la manière dont nous traitons vos données personnelles et que vous devez consulter avant de nous transmettre vos données personnelles. Pour consulter notre notice sur la protection des données, rendez-vous sur : [www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html](http://www.allianzcare.com/fr/confidentialite-du-site-web.html)

Vous pouvez également nous contacter au + 353 1 630 1303 pour obtenir un exemplaire papier de notre notice sur la protection des données. Pour plus d'informations sur la manière dont nous utilisons vos informations personnelles, vous pouvez nous contacter par e-mail à : [AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com)

J'accepte de renoncer à mes droits quant au secret médical ou confidentialité médicale en ce qui concerne tout dossier médical se rapportant à ma pathologie ou mon problème de santé et j'autorise les praticiens, membres de la profession médicale et tout autre établissement médical à communiquer mes dossiers médicaux à Allianz Care, à ses conseillers médicaux ou à ses représentants désignés ou à tout autre tiers expert en cas de litige, sous réserve des restrictions légales applicables.

Si le patient est mineur, cette section doit être datée et signée par un parent ou représentant légal.

 Signature du patient

Date  /  /

### Nous avons besoin de votre consentement

Conformément au Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD), nous avons besoin de votre consentement pour pouvoir traiter vos informations médicales et régler vos dépenses médicales. Si vous ne nous avez pas donné votre consentement, rendez-vous sur <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, connectez-vous aux Services numériques MyHealth et cochez les champs appropriés. Vous pouvez également télécharger le formulaire de consentement disponible sur [www.allianzcare.com/fr/consent-form](http://www.allianzcare.com/fr/consent-form). Un formulaire papier est disponible sur demande. Veuillez noter que chaque personne de plus de 18 ans assurée sous cette police doit donner son consentement.



**Signature, date et cachet officiel.**

Toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont, à ma connaissance, correctes, exactes et complètes.

Cachet officiel du prestataire médical

 Signature du médecin

Date   /   /

**Veillez, s'il vous plait, envoyer ce formulaire d'entente préalable dûment rempli au moins cinq jours ouvrés avant le début des soins par :**

**E-mail à :** [medical.services@allianzworldwidecare.com](mailto:medical.services@allianzworldwidecare.com)

**Fax au :** + 353 1 653 1780

**Courrier à :** Medical Services Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Irlande.

Nous vous recommandons également de garder une copie de toute correspondance échangée avec nous. Nous ne pouvons être tenus responsables pour toute correspondance égarée pour des raisons qui échappent à notre contrôle.

Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter :

Service téléphonique : +353 1 629 7199 ou e-mail : [IOM.helpline@allianz.com](mailto:IOM.helpline@allianz.com)

Pour consulter la liste la plus récente de nos numéros gratuits, rendez-vous sur [www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html](http://www.allianzcare.com/fr/pages/toll-free-numbers.html)

Ce document est une traduction française du document en anglais « Prior Approval Form ». La version en anglais est la version originale et officielle. Si des différences existent entre cette traduction et la version anglaise, veuillez noter que la version anglaise est la version légalement engageante et officielle.

AWP Health & Life Services Limited (Allianz Care) est l'administrateur de votre police. AWP Health & Life Services Limited est enregistrée en Irlande : Siège social :15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12. AWP Health & Life Services Limited exerce sous les dénominations commerciales d'Allianz Care et Allianz Partners.