RICHIESTA DI RIMBORSO (PER POLIZZE DI GRUPPO)

Per favore, completi il modulo in **STAMPATELLO**. Può anche utilizzare i nostri servizi digitali MyHealth per inoltrare le richieste di rimborso online: **https://www.allianzcare.com/it/myhealth.html**

Noti bene: Deve inoltrare le sue richieste di rimborso entro i termini di scadenza per la presentazione delle richieste di rimborso stabiliti dalla Guida alle Prestazioni, disponibile su **https://www.allianzcare.com/it/myhealth.html**

1 DATI DEL TITOLARE DELLA POLIZZA

Numero di polizza

Data di nascita G G / M M / A A A A

Nome

Cognome

Indirizzo più recente per la corrispondenza

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

Possiede una copertura assicurativa sanitaria statale/pubblica nel suo Paese d'origine o nel Paese di residenza, ad esempio l'Assicurazione Sanitaria Nazionale?

Sì ☐ No ☐

Se sì, indichi la copertura offerta e il numero/codice identificativo di riferimento.

2 DATI DEL PAZIENTE (DA COMPILARE SOLO SE IL PAZIENTE NON È IL TITOLARE DELLA POLIZZA)

Nome

Cognome

Data di nascita G G / M M / A A A A Sesso: Maschio ☐ Femmina ☐

3 DATI DI PAGAMENTO

La preghiamo di sbarrare la casella relativa all'opzione 1 O di sbarrare l'opzione 2 e di compilare la sezione apposita.

Opzione 1: pagamento al medico o alla struttura sanitaria* (se seleziona questa casella, non deve completare il resto di questa sezione) ☐

Opzione 2: pagamento al titolare della polizza ☐

Metodo di rimborso: Bonifico** ☐ Assegno*** ☐

Indichi la valuta in cui desidera il **rimborso** (per favore, si assicuri che il suo conto permetta le transazioni nella valuta indicata)

Nome del beneficiario del conto, così come appare negli estratti conto bancari

Numero del conto

IBAN (solo se necessario)****

CAB BIC/Swift****

Nome della banca

Indirizzo della banca

Se per effettuare transazioni internazionali nel suo Paese sono richiesti ulteriori dati (ad esempio, il codice dell'agenzia oppure il codice fiscale), per favore li indichi di seguito:

Codice Swift della banca corrispondente (ove applicabile)

* Opzione da selezionare se non ha pagato il medico/la struttura sanitaria per il trattamento ricevuto.

** Per il pagamento a mezzo bonifico, fornisca i dati del suo conto bancario.

*** Gli assegni da intestare al titolare della polizza verranno spediti all'indirizzo indicato nella sezione 1.

**** Indichi **il codice IBAN e il codice BIC/Swift** se la sua banca si trova **all'interno dell'Unione Europea o in un Paese (come ad esempio il Qatar, l'Arabia Saudita, l'Angola, la Tunisia o la Turchia) in cui questi codici sono necessari per effettuare un bonifico internazionale.**

Allianz Care

4 RICHIESTA DI RIMBORSO

Per favore, completi la tabella con i dati di ciascuna fattura e/o ricevuta relativa alla malattia in questione (se ha ricevuto il suo trattamento in Cina, alleghi la fattura FaPiao). Se in fattura non sono indicate la diagnosi e la patologia del caso, per favore le indichi in tabella. Se ha bisogno di più spazio per includere tutte le informazioni necessarie, continui su un foglio a parte.

Descrizione della spesa medica/ del trattamento medico	Diagnosi/ Patologia trattata	Nome del medico o struttura sanitaria	Importo fatturato	Valuta della fattura	Ha già pagato questa fattura?
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
		Importo totale delle spese (si prega di notare che il totale visualizzato qui è esatto solo quando tutte le fatture sono emesse nella stessa valuta. Se sta chiedendo il rimborso di costi in diverse valute, ignori l'importo totale visualizzato)	0.00		

In quale Paese ha ricevuto il trattamento?

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza: Indichi la data prevista del parto G G / M M / A A A A

Richiesta di rimborso correlata ad un incidente o ad una lesione: Questa richiesta di rimborso è correlata ad un incidente o ad una lesione? Sì ☐ No ☐

Se sì, per favore compili quanto segue:

Data dell'incidente G G / M M / A A A A

Dettagli sull'incidente/lesione

Possiede altre polizze assicurative? (ad esempio, assicurazione per viaggi) Sì ☐ No ☐

Se sì, per favore compili quanto segue:

Nome dell'assicuratore

Numero di polizza

L'incidente/lesione è stato causato da una parte terza? Sì ☐ No ☐

Se sì, per favore compili quanto segue:

Nome dell'assicuratore della parte terza

Numero della polizza assicurativa della parte terza

Ove possibile, ci inoltri una copia del verbale della polizia, se disponibile, all'indirizzo: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

Le sezioni 5 e 6 devono essere completate dal medico curante solamente se le fatture allegate non contengono già le informazioni sulla diagnosi e sulla natura del trattamento.

5 DATI DEL MEDICO

Nome del medico o specialista

Qualifiche e credenziali

Nome dell'ospedale o clinica

Indirizzo

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Fax PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

Se la richiesta si riferisce a **fisioterapia o psicoterapia**, per favore fornisca informazioni sull'impegnativa per la cura specialistica

Nome del medico che ha firmato l'impegnativa

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Data dell'impegnativa G G / M M / A A A A

6 INFORMAZIONI CLINICHE

Tipo di patologia: Acuta ☐ Cronica ☐ Episodio acuto di malattia cronica ☐

Per favore, fornisca i dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento:

Codici ICD9/10 e DSM-IV

Dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche

In che data il paziente **si è rivolto a Lei** per la prima volta **manifestando questi sintomi**? G G / M M / A A A A

In che data questi sintomi sono stati **evidenti per il paziente** per la prima volta? G G / M M / A A A A

Per favore, firmi ed apponga il suo timbro ufficiale.

timbro del medico

Firma del medico

Data G G / M M / A A A A

7 LA PROTEZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI È IMPORTANTE PER NOI

La nostra Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la sua privacy. Si tratta di un importante documento che illustra come elaboriamo i suoi dati personali e che Lei dovrebbe leggere prima di condividere i suoi dati personali con noi. Per prendere visione della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati visiti: **https://www.allianzcare.com/it/privacy.html**

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati completa. Per ogni domanda su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo **AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com**

8 DICHIARAZIONE

Il sottoscritto certifica che il presente modulo non contiene alcuna informazione falsa, fuorviante o incompleta. Il sottoscritto comprende che, se le informazioni fornite nel presente modulo dovessero rivelarsi in parte o in toto fraudolente o intenzionalmente esagerate, il contratto viene cancellato a partire dalla data in cui la frode viene scoperta e il sottoscritto potrebbe di conseguenza diventare passibile di giudizio.

Il sottoscritto è d'accordo a rinunciare al proprio diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla propria storia clinica e autorizza i suoi medici, gli specialisti ed i rappresentanti delle strutture sanitarie a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz Care, ai suoi consulenti medici, o ai suoi rappresentanti designati o ad eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta ad eventuali restrizioni legali che potrebbero applicarsi).

Se il paziente è un minore, un genitore o il tutore deve firmare ed apporre la data in questa sezione.

Firma del paziente

Data G G / M M / A A A A

9 ABBIAMO BISOGNO DEL SUO CONSENSO

In conformità con il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR), abbiamo bisogno del suo consenso per poter trattare le sue informazioni mediche e pagare le sue spese mediche. Se non ci ha ancora fornito il suo consenso, vada alla pagina **https://my.allianzcare.com/myhealth/login**, effettui l'accesso e selezioni i campi richiesti. In alternativa, può scaricare il Modulo di consenso, disponibile alla pagina **https://www.allianzcare.com/content/dam/onemarketing/azcare/allianzcare/it/CONSENT-FORM-IT-0518.pdf**. Una copia cartacea è disponibile su richiesta. Noti bene: ogni assicurato coperto dalla sua polizza dai 18 anni in su deve fornire il proprio consenso.

10 AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI DATI SENSIBILI A TERZI

Il sottoscritto richiedente il rimborso delle spese mediche indicate nel presente modulo autorizza _____ NOME DEL TERZO

ad agire a proprio nome per l'amministrazione della richiesta di rimborso. Questo potrebbe includere la divulgazione al terzo dei dati sensibili della storia clinica del richiedente.

Firma del richiedente _____

Nome del richiedente in stampatello _____

Data G G / M M / A A A A

È responsabilità dell'assicurato conservare gli originali di tutti i documenti (ad esempio le fatture mediche) inoltrati in fotocopia per questa richiesta di rimborso: la compagnia assicurativa ha il diritto di richiederli all'assicurato in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, per ragioni di controllo. La compagnia assicurativa si riserva inoltre il diritto di richiedere all'assicurato un giustificativo del pagamento (ad esempio un estratto conto bancario o della carta di credito) delle ricevute mediche. È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con Allianz Care: la compagnia declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo.

Per favore, invii il presente modulo debitamente completato e le fatture/ricevute tramite:

e-mail all'indirizzo : claims@allianzworldwidecare.com

fax al numero: + 353 1 645 4033

posta all'indirizzo: Ufficio rimborsi (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda

FRM-CF-GR-IT-1119

Lo sapeva che...

... la maggior parte dei nostri assicurati ritiene che i propri quesiti ottengano una risposta più rapida quando ci chiamano?

Per eventuali domande, non esiti a contattare la nostra Helpline: **+ 353 1 630 1305**, oppure a scrivere a:
client.services@allianzworldwidecare.com
La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web:
https://www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

Il presente documento è una traduzione in italiano dell'originale in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care e Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.