

Modulo di Richiesta di rimborso

Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO**. Può anche utilizzare i nostri Servizi Digitali MyHealth per inoltrare la richiesta di rimborso online: 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 www.allianzcare.com/it/myhealth.html

1 Dati del paziente

Numero di polizza				Data di nascita	G	G	/	M	M	/	A	A	A	A
Nome														
Cognome														
Indirizzo per la corrispondenza														
Telefono	PREFIXO INTERNAZIONALE			PREFIXO DELLA CITTÀ										
E-mail														
Nome del titolare della polizza (se diverso da quello del paziente)														
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 della persona che chiede il rimborso (se diversa dal paziente nella sezione 1)

Nome														
Cognome														
Data di nascita	G	G	/	M	M	/	A	A	A	A	Sesso biologico alla nascita: Maschio ☐ Femmina ☐			
E-mail														

3 Informazioni per il pagamento

Selezioni una delle due opzioni che seguono e ne compili la sezione corrispondente.

Opzione 1: pagamento al medico o struttura sanitaria* (ad esempio, ospedale, specialista) ☐
(se seleziona questa casella, non deve completare il resto della sezione)

Opzione 2: pagamento al titolare della polizza ☐

Metodo di rimborso: Bonifico** (Recommended) ☐ Assegno*** ☐
(Indichi la valuta in cui desidera ricevere il rimborso: per favore, si assicuri che il suo conto permetta le transazioni nella valuta indicata)

Opzione 3: pagamento a terzi ☐

Nome del beneficiario del conto, così come appare nell'estratto conto bancario

Numero del conto	
IBAN (se richiesto)****	
CAB	BIC/Swift****
Nome della banca	
Indirizzo della banca	

Codice ABA / ACH (solo per i conti bancari statunitensi)	
Indirizzo del beneficiario del conto negli Stati Uniti	

Se per effettuare transazioni internazionali nel suo Paese sono richieste ulteriori informazioni (ad esempio, il codice dell'agenzia o il codice fiscale), per favore li indichi a seguire:

Codice Swift della banca corrispondente (ove applicabile)

* Opzione da selezionare se non ha pagato il medico/ospedale 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 sia il codice IBAN che 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.

4 Richiesta di rimborso

Per favore, completi la tabella con i dati di ciascuna fattura e/o ricevuta relativa alla malattia in questione. Per i trattamenti ricevuti in Cina, dovrà allegare una fattura FaPiao. Se la fattura non indica la diagnosi e la patologia del caso, dovrà fornire tali informazioni nella tabella sottostante. Continui su un foglio a parte se lo spazio a disposizione per includere tutte le informazioni necessarie non è sufficiente.

Descrizione della spesa medica/trattamento medico	Diagnosi/patologia trattata	Nome del medico o struttura sanitaria	Importo addebitato e valuta della fattura	Valuta	Ha già pagato la fattura?
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐
					Sì ☐ No ☐

Importo totale delle spese

(si noti che il totale visualizzato qui è accurato solo quando tutte le fatture sono emesse nella stessa valuta.
Se sta presentando richieste di rimborso in valute diverse, la preghiamo di ignorare l'importo totale visualizzato)

In quale Paese ha ricevuto il trattamento?

Richiesta di rimborso correlata a un incidente o infortunio:

Questa richiesta di rimborso è correlata a un incidente o a un infortunio?

Sì ☐ No ☐

Se sì, per favore compili quanto segue:

Data dell'incidente/infortunio

G

G

/

M

M

/

A

A

A

A

Dettagli dell'incidente/infortunio

Ha un'altra polizza assicurativa (ad esempio, un'assicurazione di viaggio)?

Sì ☐ No ☐

Se sì, indichi di seguito:

Nome della compagnia assicurativa

Numero di polizza

L'incidente/infortunio è stato causato da una parte terza?

Sì ☐ No ☐

Se sì, indichi di seguito:

Nome e cognome della parte terza

Nome della compagnia assicurativa della parte terza

Numero di polizza della parte terza

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

Le sezioni 5 (“Dati del medico”) e 6 (“Informazioni cliniche”) devono essere completate dal medico curante solamente se la documentazione allegata (ad esempio ricevute o fatture) non contiene già 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

Fax

PREFISSO INTERNAZIONALE

E-mail

PREFISSO DELLA CITTÀ

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

Data dell'impegnativa

G G / M M / A A A A

PREFISSO DELLA CITTÀ

6 Informazioni cliniche

Tipo di patologia:

Acuta

Cronica

Episodio acuto di malattia cronica

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

ICD9/10 e DSM-IV

Descrizione dei sintomi e delle 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

Indichi la data in cui il paziente ha manifestato i sintomi per la prima volta?

G G / M M / A A A A

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia?

Si

No

Se sì, indichi la data?

G G / M M / A A A A

È a conoscenza di eventuali trattamenti che siano stati somministrati al paziente in passato con riferimento a questa patologia o a patologie ad essa correlate?

Si

No

Se sì, fornisca maggiori informazioni

Si tratta di una malattia che potrebbe presentarsi di nuovo in futuro?

Si

No

Si tratta di una condizione medica che richiede una terapia di riabilitazione?

Si

No

Si tratta di una patologia permanente?

Si

No

Si tratta di una patologia che richiede cure, supervisione, visite, check-up e test a lungo termine?

Si

No

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:

G G / M M / A A A A

Data prevista del parto

Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)?

Si

No

Se la paziente attende più di un bambino, la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita?

Si

No

Se sì, fornisca maggiori informazioni

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per cure odontoiatriche:

Il paziente soffreva di dolore ai denti quando si è sottoposto alla sua attenzione?

Si

No

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale.

Firma del medico

Data

G G / M M / A A A A

Timbro ufficiale del medico

7 Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui: www.allianzcare.com/it/privacy.html.

In alternativa, può contattarci al numero +353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per 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. Comprendo che, se le informazioni fornite nel presente modulo dovessero rivelarsi in parte o totalmente fraudolente o intenzionalmente esagerate, il contratto viene cancellato a partire dalla data in cui la frode viene scoperta e, di conseguenza, potrei diventare passibile di giudizio.

Il sottoscritto è d'accordo a rinunciare al suo diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica e autorizza i suoi medici, specialisti, dentisti, professionisti della salute, dipendenti degli ospedali e dei centri medici a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz, ai suoi consulenti medici, ai suoi rappresentanti ufficiali e a eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta a eventuali restrizioni legali applicabili).

Se il paziente è un minore, un genitore o il tutore deve firmare e datare questa sezione.

 Firma del paziente _____
Data

G	G	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

9 Abbiamo bisogno del suo consenso

In conformità con le normative sulla protezione dei dati personali, 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 my.allianzcare.com/myhealth/login, acceda ai nostri servizi digitali MyHealth e selezioni i campi richiesti. In alternativa, può scaricare il Modulo di consenso, disponibile alla pagina 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

In qualità di richiedente, autorizzo NOME DELLA PARTE TERZA
ad agire in mio nome per l'amministrazione di questa richiesta di rimborso, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla mia salute e storia clinica.

 Firma del richiedente _____
Nome in stampatello del richiedente

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

G	G	/	M	M	/	A	A	A	A
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

È sua responsabilità conservare l'originale di tutti i documenti (ad esempio, le ricevute delle spese mediche) che ci inoltra in fotocopia con le sue richieste di rimborso. Ci riserviamo il diritto di richiederle le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione dei conti. Inoltre, ci riserviamo il diritto di richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito/debito) a supporto delle ricevute per le sue spese mediche. Le consigliamo di conservare copia di tutta la corrispondenza intercorsa con noi, in quanto decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non riceviamo per ragioni al di fuori del nostro controllo.

Per favore, invii il presente modulo debitamente compilato, allegando le fatture di supporto (non si accettano ricevute di carte di credito/debito) nelle seguenti modalità:

 E-mail: claims@e.allianz.com
 Posta: Ufficio rimborsi (Claims Department),
Allianz,
15 Joyce Way,
Park West Business Campus,
Nangor Road,
Dublino 12,
Irlanda

Importante – verifichi che:

- tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- il modulo di Richiesta di rimborso sia stato completato in ogni sua parte;
- le dichiarazioni ivi contenute siano state firmate e datate;
- la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate;
- i suoi recapiti siano ancora corretti (se sono cambiati, ce lo comunichi in questo modulo).

Sapeva che...

...la maggior parte dei nostri assicurati ottiene una risposta più rapida alle proprie domande quando ci contatta per telefono?

Per eventuali domande, non esiti a contattare la nostra Helpline:

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile alla pagina:

+ 353 1 630 1301 oppure invii un'e-mail all'indirizzo:
client.services@e.allianz.com

www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html