

Richiesta di rimborso (per polizze di gruppo)

Se stampa e compila a mano questo modulo, **PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO**. Può anche utilizzare i nostri servizi digitali MyHealth per inoltrare le richieste 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 my.allianzcare.com/myhealth/login

1 Dati del paziente

Numero di polizza Data di nascita / /

Nome

Cognome

Indirizzo più recente per la corrispondenza

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO 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 / /

Sesso biologico alla nascita: Maschio ☐ Femmina ☐

E-mail

3 Dati per il pagamento

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

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

Opzione 2: Pagamento al titolare della polizza ☐

Metodo di rimborso: Bonifico** (suggerito) ☐ 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)****

ABI/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 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 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 (se ha ricevuto il suo trattamento in Cina, alleggi la fattura FaPiao). Se la fattura non indica la diagnosi e la patologia del caso, dovrà fornire tali informazioni nella tabella sottostante. 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 addebitato	Valuta	Ha già pagato questa 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?

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

Indichi la data prevista del parto / /

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, indichi di seguito:

Data dell'incidente/infortunio / /

Dettagli dell'incidente/infortunio

Ha un'altra polizza assicurativa (ad esempio, un'assicurazione di viaggio)? ☐ Sì ☐ No

Se sì, fornisca maggiori informazioni, incluso il numero di polizza:

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 assicurativa 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

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

Descrizione dei sintomi e delle condizioni cliniche

In che data il paziente si è rivolto a Lei per la prima volta manifestando questi sintomi?

In che data questi sintomi sono stati evidenti per il paziente per la prima volta?

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale.

Firma del medico

Data

Firma e timbro del medico

7 Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati personali 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 e alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla propria 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

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 completato, allegando le fatture di supporto (non si accettano le ricevute delle carte di credito/debito), nelle seguenti modalità:



E-mail:

claims@allianzworldwidecare.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 al numero: **+ 353 1 630 1305** oppure invii un'e-mail all'indirizzo: **client.services@e.allianz.com**

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile alla pagina: **www.allianzcare.com/toll-free-numbers**

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, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"), compagnia registrata in Francia, n.: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda, numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda.