

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 <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
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 / /

Richieste di rimborso correlate a un incidente o infortunio:

Questa richiesta di rimborso è correlata a un incidente o a un infortunio? Sì No

Se sì, compili quanto segue:

Data dell'incidente/infortunio / /

Dettagli sull'incidente/infortunio

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

Se sì, fornisca maggiori informazioni:

Nome dell'assicuratore

Numero di polizza

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

Se sì, compili quanto segue:

Nome e cognome della parte terza

Nome della compagnia assicurativa della parte terza

Numero della polizza assicurativa della parte terza

Ove possibile, ci inoltri una copia del verbale di polizza 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 / /

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

Details of the symptoms/medical condition

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 Care, 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 / /

