

1

2

Richiesta di rimborso per medici e ospedali convenzionati

Questo modulo può anche essere compilato online all'indirizzo: www.allianzcare.com/it/fornitori-di-servizi-sanitari/processo-di-pagamento-diretto.html. Se stampa e compila a mano questo modulo, PER FAVORE SCRIVA IN STAMPATELLO.

Dati del paziente	
Numero di polizza	
Nome	
Cognome	
Data di nascita G G / M M / A A A A	
Indirizzo per la corrispondenza	
Telefono Prefisso internazionale Prefisso della città	
E-mail	
Informazioni cliniche	
Tipo di patologia: Acuta ☐ Cronica ☐ Episodio acuto di patologia cro	onica 🗆
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	
Indichi la data in cui il paziente si è rivolto a Lei per la prima volta manifestando questi sintomi.	/ A A A A
In che data i sintomi sono stati evidenti per il paziente per la prima volta?	/ A A A A
Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia? Sì ☐ 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 in riferimento a questa p	atologia o a patologie ad essa correlate?
Sì 🗆 No 🗆	
Se sì, fornisca maggiori informazioni	
Si tratta di una patologia che potrebbe presentarsi di nuovo in futuro?	Sì □ No □
Si tratta di una condizione medica che richiede una terapia di riabilitazione?	Sì □ No □
Si tratta di una patologia permanente?	Sì □ No □
Si tratta di una patologia che richiede cure, supervisione, visite, check-up e test a lungo termine?	Sì □ No □
Per favore, ci fornisca il numero di riferimento della Garanzia di pagamento relativa a questo trattamento (ove dispo	onibile):
Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:	
Data prevista del parto G G / M M / A A A A	
Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)?	Sì □ No □
Se la paziente attende più di un bambino, la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita?	Sì □ No □
Se sì, fornisca ulteriori informazioni	

4 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 proprio diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica ed 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.

personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo: AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

Firma del paziente
Data

Importante – la preghiamo di controllare che:

- □ tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- □ la Richiesta di rimborso per medici e ospedali convenzionati sia compilata in tutte le sue parti (incluso il numero di riferimento della Garanzia di pagamento, ove disponibile):
- ☐ le dichiarazioni ivi contenute siano state firmate e datate;
- □ la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate.

Per favore, invii il presente modulo debitamente completato, allegando le fatture originali (non si accettano fotocopie) al seguente indirizzo:

Ufficio rimborsi (Claims Department), Allianz, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda

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 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/it/pages/toll-free-numbers.html

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento 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'ultimo sorà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.