

GRUPAS PRASĪBAS VEIDLAPA

Aizpildiet šo veidlapu **LIELIEM, DRUKĀTIEM BURTIEM**. Lai iesniegtu prasību tiešsaistē, varat izmantot arī MyHealth Digital Services: www.allianzcare.com/en/myhealth.html

! **Neaizmirstiet:** prasības jāiesniedz prasību iesniegšanas termiņā, kas norādīts jūsu Pabalstu rokasgrāmatā, kas pieejama vietnē www.allianzcare.com/en/myhealth.html

1 INFORMĀCIJA PAR POLISES TURĒTĀJU

Polises numurs

Dzimšanas datums D D / M M / G G G G

Vārds

Uzvārds

Jaunākā korespondences adrese

Tālrunis VALSTS KODS REGIONĀLAIS KODS

E-pasts

Vai jums ir valsts nodrošināta veselības apdrošināšana, kas darbojas jūsu izcelsmes valstī vai dzīvesvietas valstī, piemēram, valsts veselības apdrošināšana?

Jā Nē

Ja atbildējat ar Jā, norādiet apdrošināšanas segumu. Uzrādiet arī savu atsauces/identifikācijas numuru savā valstī.

2 INFORMĀCIJA PAR PACIENTU (JA TAS NAV POLISES TURĒTĀJS)

Vārds

Uzvārds

Dzimšanas datums D D / M M / G G G G

Dzimums:

Vīrietis

Sieviete

3 INFORMĀCIJA PAR MAKSĀJUMU

VAI NU ATZĪMĒJET 1. IESPĒJU, VAI ATZĪMĒJET UN AIZPILDIEZ 2. IESPĒJU.

1. iespēja: Maksājums medicīnas pakalpojuma sniedzējam* (piem., slimnīcāi, speciālistam)

Bankas rekvizitu norāde šai iespējai nav nepieciešama.

2. iespēja: Maksājums polises turētājam

Vēlamā maksāšanas metode: Bankas pārskaitījums** Bankas čeks***

Norādiet valūtu, kurā vēlaties saņemt atlīdzinājumu (pārliecīnieties, ka jūsu bankas knts to atbalsta)

Bankas konta turētāja vārds, kā tas ir norādīts jūsu konta izrakstā

Konta numurs

IBAN (ja nepieciešams)****

BIC/Swift kods****

Bankas/filiāles kods

Bankas nosaukums

Bankas adrese

Ja jums ir zināma papildu informācija, kas nepieciešama, lai apstrādātu starptautiskos darījumus jūsu valstī (piem., aģentūras kods, nodokļu maksātāja numurs), norādiet to zemāk:

Starpniekbankas Swift kods (ja nepieciešams)

* Ja vēl neesat samaksājis pakalpojuma sniedzējam.

** Lai izmantotu bankas pārskaitījumu, norādie bankas rekvizitus.

*** Bankas čeks uz polises turētāja vārda tiks nosūtīts uz pasta adresi, kas norādīta 1. sadalā.

**** Ja jūsu banka atrodas ES vai arī, ja konkrētajā valstī pieprasīts norādīt IBAN (piem., Katara, Saūda Arābija, Angola, Tunisija, Turcija), norādīet gan IBAN, gan BIC/Swift kodu, lai nodrošinātu ātrāku atlīdzības izmaksu.

4 INFORMĀCIJA PAR PRASĪBU

Aizpildiet visas tabulas sadaļas, norādot informāciju par katru rēķinu/čeku. Nemiet vērā, ka pieprasot atlīdzību par ārstēšanas izmaksām Ķīnā, ir jāiesniedz Fa Piao kvits. Ja jūsu rēķinā nav norādīta diagnoze/medicīniskais stāvoklis, jums iztrūkstošā informācija jāsniedz zemāk esošajā tabulā. Ja tabulā nav pietiekami daudz vietas, sniedziet sīkāku aprakstu uz atsevišķas lapas.

Izdevumu/ārstēšanas apraksts	Diagnoze/medicīniskais stāvoklis	Pakalpojuma sniedzēja nosaukums	Iekasēta summa	Valūta	Vai šo rēķinu maksājat jūs?
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
Kopējā izdevumu summa (Nemiet vērā, ka šeit norādītā kopējā summa ir preciza tikai tad, ja visi rēķini ir izrokti vienā valūtā. Ja izmaksas tiek pieprasītas dažādās valūtās, neņemiet vērā norādito kopējo summu.)					

Kurā valstī tika sanemta ārstēšana?

Aizpildāms tikai grūtniečības gadījumos: Paredzamais dzemdību datums D D / M M / G G G

Prasības saistībā ar negadījumu vai traumu: Vai šī prasība saistīta ar negadījumu/traumu?

Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Negadījuma/traumas datums D D / M M / G G G

Informācija par negadījumu/traumu

<input type="text"/>																				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Vai jums ir kāda cita apdrošināšanas polise (piem., ceļojumu apdrošināšana)?

Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Apdrošinātāja nosaukums

Polises numurs

Vai negadījumu/traumu izraisījusi trešā persona?

Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Trešās puses apdrošinātāja nosaukums

Trešās puses polises numurs

Nosūtiet mums policijas ziņojuma kopiju, ja tā pieejama, uz adresi: claims.recoveries@allianzworldwidicare.com

5 INFORMĀCIJA PAR MEDICĪNAS PAKALPOJUMA SNIEDZĒJU

Ārsta/speciālista vārds, uzvārds	[]	
Kvalifikācijas/akreditācijas dati	[]	
Slimnīcas/klīnikas nosaukums	[]	
Adrese	[]	
Tālruņa numurs	VALSTS KODS []	REGIONĀLAIS KODS []
Fakss	VALSTS KODS []	REGIONĀLAIS KODS []
E-pasts	[]	

Attiecas tikai uz **fizioterapijas/psihoterapijas** gadījumiem. Norādiet visu informāciju par nosūtījumu:

Nosūtošā ārsta vārds, uzvārds	[]	
Tālruņa numurs	VALSTS KODS []	REGIONĀLAIS KODS []
Nosūtījuma datums	[D D] / [M M] / [G G G G]	

6 MEDICĪNISKĀ INFORMĀCIJA

Norādiet medicīniskā stāvokļa veidu: Akūts Hronisks Hroniskas saslimšanas akūta epizode

Sniedziet pilnu informāciju par simptomiem vai medicīnisko stāvokli, kam nepieciešama ārstēšana:

ICD9/10 kodu/DSM-IV []

Pilnīgu informāciju par simptomiem vai medicīnisko stāvokli

[]
[]
[]

Kurā datumā pacents jūs pirmoreiz informēja par simptomiem?

[D D] / [M M] / [G G G G]

Kurā datumā simptomi pacientam parādījās pirmoreiz?

[D D] / [M M] / [G G G G]

Parakstieties un aplieciniet autentiskumu ar oficiālo zīmogu.

Vieta zīmogam

 Ārsta paraksts

Datums [D D] / [M M] / [G G G G]

7 MUMS RŪP JŪSU PERSONAS DATU AIZSARDZĪBA

Mūsu datu aizsardzības pazīnojumā paskaidrots, kā mēs aizsargājam jūsu privātumu. Tas ir svarīgs pazīnojums, kurā izklāstīts, kā mēs apstrādāsim jūsu personas datus. Jums tas ir jāizlasa, pirms sniedzat mums jebkādus personas datus. Lai izlasītu mūsu datu aizsardzības pazīnojumu, apmeklējiet tīmekļa vietni www.allianzcare.com/en/privacy.html

Tāpat jūs varat ar mums sazināties, zvanot uz tālruņa numuru + 353 1 630 1301, lai pieprasītu mūsu pilnā datu aizsardzības ziņojuma drukāto eksemplāru. Ja jums ir kādi jautājumi par to, kā mēs izmantojam jūsu personas datus, jūs vienmēr varat ar mums sazināties, rakstot uz e-pasta adresi AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 DEKLARĀCIJA

Es apliecinu, ka pēc manā rīcībā esošās informācijas šajā pieprasījuma veidlapā nav nepatiess, maldinošas vai nepilnīgas informācijas. Apzinos, ka, ja tiks konstatēts, ka šis pieprasījums pilnībā vai daļēji ir nepatiess, līgums tiks anulēts ar datumu, kurā atklāta krāpniecība, un es varu tikt saukt pie atbildības.

Ar savu parakstu es atsakos no jebkādām tiesībām, kas man varētu būt uz medicīniskiem noslēpumiem/konfidencialitāti saistībā ar manu medicīnisko informāciju, un pilnvaroju savu ārstniecības personu, veselības aprūpes speciālistu vai atbilstošu medicīnas iestādi izsniegt attiecīgo medicīnisko informāciju par mani, ja to pieprasā Allianz Care, tā medicīniskie konsultanti vai nozīmētie pārstāvji, kā arī jebkurš cits trešās puses eksperts strīdu gadījumā, nēmot vērā visus piemērojamos tiesiskos ierobežojumus.

Ja veselības aprūpi saņēmis nepilngadīgais, šajā sadaļā jāparakstās kādam no vecākiem vai aizbildnim, norādot datumu.

 Pacienta paraksts

Datums [D D] / [M M] / [G G G G]

9 MUMS VAJADZĪGA JŪSU PIEKRIŠANA

Saskaņā ar Vispārējo datu aizsardzības regulu (VĐAR), mums vajadzīga jūsu piekrišana tam, ka mēs apstrādājam jūsu medicīnisko informāciju un apmaksājam jūsu medicīnas izdevumus. Ja vēl neesat sniedzis mums savu piekrišanu, pieķūstiet vietnei <https://my.allianzcare.com/myhealth/login>, piesakieties un atzīmējiet obligātos laukus. Varat arī lejupielādēt piekrišanas veidlapu vietnē www.allianzcare.com/en/consent-form. Drukāts dokuments ir pieejams pēc pieprasījuma. Nēmiet vērā, ka visiem polises daļībniekiem, kas ir vecāki par 18 gadiem, ir jāsniedz sava piekrišana.

10 TREŠĀS PUSES PILNVAROJUMS

Kā prasītājs es pilnvaroju

[IERAKSTĪT TREŠĀS PUSES NOSAUKUMU](#)

rikteties manā vārdā saistībā ar šī pieprasījuma pārvadību. Tas var ietvert sensitīvas medicīniskas informācijas atklāšanu.

Prasītāja paraksts

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

Prasītāja vārda atšifrējums

D	D	/	M	M	/	G	G	G	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Datums

D	D	/	M	M	/	G	G	G	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Jūs esat atbildīgs par to oriģinālo apstiprinājuma dokumentu saglabāšanu (piemēram, medicīnas pakalpojumu kvītis), kad nosūtāt mums to kopijas, jo audita nolūkos mēs paturam tiesības pieprasīt oriģinālos apstiprinājuma dokumentus līdz 12 mēnešiem pēc norēķiniem atbilstoši katram pieprasījumam. Mēs arī paturam tiesības pieprasīt jūsu veikto maksājumu apliecinājumu (piemēram, bankas vai kreditkartes izrakstu) saistībā ar medicīnas pakalpojumu kvītim. Iesakām saglabāt mūsu korespondences kopijas, jo mēs nenesam atbildību par korespondenci, kas līdz mums nenonāk tādu iemeslu dēļ, ko mēs nevaram kontrolierēt.

Pilnīgi aizpildītu(-as) prasības(-u) veidlapu(-as) ar pievienotiem rēķiniem lūdzam sūtīt uz šo adresi:

- E-pasts: claims@allianzworldwidecare.com
- Fakss: + 353 1 645 4033
- Pasts: Claims Department, Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

Vai zinājāt, ka...

...vairums mūsu klientu ir konstatējuši, ka atbildes uz jautājumiem iespējams iegūt ātrāk, piezvanot mums?



Ja jums ir jautājumi, sazinieties ar mūsu Atbalsta dienestu pa tālruni + 353 1 630 1301 vai e-pastā:

client.services@allianzworldwidecare.com

Lai iegūtu jaunāko bezmaksas tālruņa numuru sarakstu, apmeklējiet vietni www.allianzcare.com/toll-free-numbers