

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ

Пожалуйста, заполните данный формуляр ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Для Вашего удобства бланк доступен на нашем веб-сайте: www.allianzworldwidecare.com/russia

Мобильное приложение MyHealth позволяет подать заявления легко и быстро



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 ИНФОРМАЦИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ПОЛИСА

Международный номер полиса

Имя (кириллицей и латиницей)

Фамилия (кириллицей и латиницей)

Дата рождения / /

Почтовый адрес

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Адрес эл. почты

Имеете ли Вы какое-либо медицинское страхование, которое является общественным или предоставляется государством в стране Вашей национальной принадлежности или в стране Вашего постоянного места проживания, например, обязательное медицинское страхование? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, предоставьте описание страхового покрытия вместе с номером полиса (идентификатором для государственных служб).

2 ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ОН НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ВЛАДЕЛЬЦЕМ ПОЛИСА)

Имя (кириллицей и латиницей)

Фамилия (кириллицей и латиницей)

Дата рождения / / Пол: Муж Жен

3 ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

Вариант 1: Оплата поставщику медицинских услуг (например, больнице или медицинскому специалисту)* (В этом случае указывать банковские данные не нужно)

Вариант 2: Оплата владельцу полиса Предпочтительный метод оплаты: Банковский перевод** Чек***

Пожалуйста, укажите, в какой валюте Вы хотели бы получить возмещение (и убедитесь, что Ваш банковский счет поддерживает эту валюту)

Имя владельца банковского счета (в том виде, в каком оно указано в выписке из банка)

Номер счета

IBAN (если необходимо)****

Код отделения/Sort-код Свифт / BIC****

Название банка

Адрес банка

Если Вам известно о какой-либо дополнительной информации, которая необходима для международного перевода средств в Вашу страну (например, код агентства, идентификационный номер налогоплательщика и др.), пожалуйста, укажите ниже:

Свифт-код банка-посредника (если необходимо)

* Если Вы не платили поставщику медицинских услуг.

** Для денежного перевода необходимо указать банковские реквизиты.

*** Чек оплаты будет выслан по адресу, указанному в разделе 1 данного заявления.

**** Для банков, расположенных на территории ЕС или если ваша страна требует IBAN (напр. Саудовская Аравия, Ангола, Тунис, Турция), пожалуйста, укажите IBAN и BIC/Свифт-код.

4 СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Пожалуйста, заполните полностью следующую таблицу, указав всю необходимую информацию по каждой квитанции и счету-фактуре, при этом не забудьте указать сумму к оплате. Обратите внимание, что, если расходы понесены в Китае, счет FaPiao должен содержать данные по всем заявлениям на получение страхового возмещения. Если в Вашу квитанцию или счет-фактуру не включены сведения о диагнозе/состоянии здоровья, пожалуйста, обязательно укажите эту информацию ниже. Если в приведенной ниже таблице недостаточно места, просим Вас, представить подробные сведения на отдельной странице.

Описание расходов/лечения	Диагноз/состояние здоровья	Название компании, предоставляющей услуги	Сумма к оплате и валюта	Были данный счет оплачен Вами?
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
				Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Общая сумма расходов
(Пожалуйста, имейте в виду, что данная сумма будет отображена правильно только в том случае, если все счета выписаны в одной и той же валюте. Если Вы заявляете о возмещении расходов по счетам, выписанным в разных валютах, пожалуйста, не обращайте внимания на общую сумму)

В какой стране проходило лечение?

Если данное заявление на получение страхового возмещения связано с несчастным случаем или болезнью/травмой, полученной на рабочем месте, и у Вас имеется другой страховой полис, например, полис автострахования, или если Вы подаете заявление на страховое возмещение или иск, адресованные третьей стороне, чтобы возместить расходы, возникшие в результате этого несчастного случая или травмы, пожалуйста, представьте подробные сведения в виде отдельного документа.

5 ИНФОРМАЦИЯ О МЕДИЦИНСКОМ УЧРЕЖДЕНИИ

Имя врача/специалиста

Квалификация/Лицензия

Название больницы/клиники

Адрес

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Факс КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Адрес эл. почты

Только для заявлений на получение страхового возмещения расходов на физиотерапию/психотерапию. Укажите полную информацию о факте направления от лечащего врача:

Имя лечащего врача

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Дата направления / /

6 МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Укажите тип заболевания: Острое Хроническое Обострение хронического заболевания

Укажите полную информацию о симптомах/заболевании, для которого требуется медицинское лечение, включая код ICD/DSM-IV

Когда пациент (застрахованное лицо) впервые обратился к Вам с жалобой на данные симптомы / /

Предполагаемая дата первоначального обнаружения пациентом симптомов заболевания. / /

Наблюдались ли ранее у пациента подобные заболевания/состояния? Да Нет Если «Да», то с какого времени? / /

Известно ли Вам о процедурах, проводившихся ранее для лечения этого заболевания? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, опишите подробнее

Возможно ли, что заболевание повторится? Да Нет

Нуждается ли пациент в реабилитации? Да Нет

Является ли заболевание постоянным? Да Нет

Потребуется ли заболевание долговременного наблюдения, консультаций, исследований и тестов? Да Нет

Заполняется только в случаях беременности

Ожидаемая дата родов / / Ожидается ли рождение одного ребенка? Да Нет

Если Вы ответили «Нет» на предыдущий вопрос и ожидается рождение близнецов, является ли беременность результатом какой-либо медицинской вспомогательной репродуктивной технологии, кроме искусственного оплодотворения? Да Нет

Если «Да», предоставьте подробную информацию

Только для заявлений на получение страхового возмещения расходов на стоматологические процедуры.

Страдал ли пациент от зубной боли, когда он/она обратился(лась) к Вам? Да Нет

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача

Дата / /

Официальная печать медицинского учреждения

