

5 ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

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 страховое возмещение расходов на физиотерапию/психотерапию. Укажите полную информацию о факте направления от лечащего врача:

Имя направляющего врача

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Дата направления / /

6 МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Укажите тип заболевания: Острое Хроническое Хроническое течение с периодическим обострением

Укажите полную информацию о состоянии здоровья пациента, в результате которого ему требуется медицинское лечение, включая код ICD9/10/DSM-IV

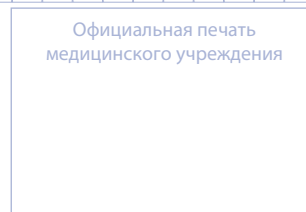
Укажите дату первого обращения пациента к Вам с жалобой на данные симптомы? / /

Как долго указанные симптомы или состояние наблюдались пациентом до момента обращения к врачу? / /

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача

Дата / /



7 МЫ ЗАБОТИМСЯ О ЗАЩИТЕ ВАШЕЙ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Наше Уведомление о защите персональной информации объясняет, как мы защищаем Ваши личные данные. Это важное сообщение, которое показывает, как мы будем использовать Вашу персональную информацию и Вы должны прочитать его прежде, чем сообщите нам личные сведения о себе.

Чтобы прочесть Уведомление о защите персональной информации посетите наш веб-сайт: www.allianzworldwidecare.com/en/privacy

Вы также можете позвонить нам по телефону: + 353 1 630 1301 и попросить распечатанную копию Уведомления о защите персональной информации. Если у Вас есть какие-то вопросы, Вы можете связаться с нами по электронной почте: AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com

ДЕКЛАРАЦИЯ

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, данное заявление на получение страхового возмещения не содержит никакой ложной, вводящей в заблуждение или неполной информации. Я понимаю, что в том случае, если данное заявление на страховое возмещение будет частично или полностью признано мошенническим, договор страхования будет аннулирован со дня обнаружения факта мошенничества с возможным привлечением меня к ответственности.

Я согласен/согласна с отказом от любых имеющихся у меня прав на врачебную тайну/конфиденциальность в отношении любых медицинских данных. В случае возникновения разногласий, я также разрешаю моему лечащему врачу, стоматологу, медицинскому специалисту или сотруднику соответствующего медицинского учреждения передавать любую соответствующую информацию о моих заболеваниях медицинским сотрудникам Allianz Partners или экспертной третьей стороне.

В случае лечения несовершеннолетнего лица, этот раздел заполняется родителем или опекуном.

Подпись пациента Дата / /

8 ДОВЕРЕННОСТЬ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЕ

Как лицо, заявляющее на страховое возмещение, я разрешаю УКАЖИТЕ ИМЯ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА

действовать от моего имени и от имени моих иждивенцев (если применимо) по администрированию данного заявления, что может повлечь раскрытие конфиденциальной медицинской информации.

Подпись заявляющего Дата / /

Имя заявляющего (печатными буквами)

Это Ваша ответственность сохранять оригиналы всех сопроводительных документов (в частности, квитанции об оплате медицинских услуг), копии которых Вы предоставляете нашей компании, поскольку мы оставляем за собой право затребовать эти оригиналы в течение 12 месяцев после осуществления страховых выплат в целях проведения аудита. Мы также оставляем за собой право потребовать подтверждение об оплате медицинских расходов, произведенных Вами (например, выписка с банковского счета или кредитной карты). Кроме того, мы рекомендуем Вам сохранять копии своей переписки с компанией, поскольку мы не несем ответственности за корреспонденцию, не полученную компанией по какой-либо не зависящей от нее причине.

Заполненное(ые) заявление(я) на страховое возмещение с приложенными оригиналами счетов необходимо отправить по адресу:

Адрес эл. почты: claims@allianzworldwidecare.com
 Факс: + 353 1 645 4033
 Почтовый адрес: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ирландия

При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу по телефону

+ 353 1 630 1301
client.services@allianzworldwidecare.com

Обновленный список бесплатных телефонных номеров представлен на нашем веб-сайте: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Настоящий документ "Group Claim Form" является переводом с английского языка на русский. Следует учитывать, что при наличии каких-либо расхождений между настоящим переводом и оригиналом, юридической силой обладает оригинал — подлинный документ на английском языке.

AWP Health & Life SA, действующая через свой Ирландский филиал регулируется Французским страховым кодексом. Компания зарегистрирована во Франции: No. 401 154 679 RCS Bobigny. Ирландский филиал зарегистрирован в реестре Ирландских компаний. Регистрационный номер: 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.

К Вашему сведению...

... многие наши клиенты обнаружили, что их проблемы решаются быстрее, когда они нам звонят!