

PRE-AUTHORISATION FORM ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ ОДОБРЕНИЕ

Please complete this form for planned treatment due to take place outside Russia. For treatment taking place inside Russia please call +7 495 956 2900. For your convenience, this form is available on our website: www.allianzworldwidecare.com/russia
Пожалуйста, заполните этот бланк, если Вы планируете проходить лечение за пределами России. Если Вы планируете проходить лечение в России, просто позвоните по телефону +7 495 956 2900. Для Вашего удобства бланк доступен на нашем веб-сайте: www.allianzworldwidecare.com/russia

Failure to complete this form fully will delay our ability to guarantee your treatment as we may have to revert to you or the medical provider for further information. The patient's policy must be in force at the time of treatment. Please be advised that guarantee of payment is subject to the terms and conditions of the insurance policy and also subject to the assessment of all relevant documentation received, or yet to be received, by Allianz Partners in respect of this medical condition.

Если Вы оставите какие-либо разделы данного документа незаполненными, это приведет к задержке предоставления медицинских услуг, так как нам придется обращаться к Вам или поставщику медицинских услуг за дополнительной информацией. Страховой полис пациента должен быть действителен в период лечения. Необходимо учитывать, что гарантия оплаты предоставляется в соответствии с условиями, указанными в страховом полисе, а также результатами медицинской оценки документации по данному случаю, которая получена или будет получена компанией Allianz Partners.

Pre-authorisation is not required in advance of **emergency treatment**, however either you, your physician, one of your dependants, or a colleague need to inform us about the hospital admission **within 48 hours of the event**. The International Helpline **+ 353 1 907 5951** can take Pre-authorisation details over the telephone **if treatment is due to take place within 72 hours**. Please have as many details as possible to hand when calling, including the contact details of your doctor.

Заявление на получение предварительного одобрения медицинских услуг не требуется заполнять заранее в случае оказания неотложной медицинской помощи, однако в этом случае Вы, Ваш лечащий врач или кто-либо из Ваших близких или коллег должны сообщить нам о Вашей госпитализации **в течение 48 часов**. Обращаем Ваше внимание на то, что информация для получения предварительного одобрения может быть передана справочной службе по телефону **+353 1 630 5951, если лечение должно быть предоставлено в течение ближайших 72 часов**. Просим Вас подготовить для сообщения по телефону максимум необходимой информации, а также контактные данные Вашего лечащего врача.

Section 1 / Раздел 1

must be fully completed by (or on behalf of) the patient
заполняется полностью самим пациентом (или от его лица)

Section 2 / Раздел 2

must be fully completed by the doctor
заполняется полностью лечащим врачом

IF YOU CHOOSE TO COMPLETE THIS FORM IN HANDWRITING PLEASE USE **BLOCK CAPITALS**.
ЕСЛИ ВЫ РЕШИЛИ ЗАПОЛНИТЬ ЭТОТ БЛАНК ОТ РУКИ, ПОЖАЛУЙСТА, ЗАПОЛНЯЙТЕ **ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**.

1 PATIENT DETAILS TO BE FULLY COMPLETED BY (OR ON BEHALF OF) THE PATIENT РАЗДЕЛ ДЛЯ ПАЦИЕНТА ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОЛНОСТЬЮ САМИМ ПАЦИЕНТОМ (ИЛИ ОТ ЕГО ЛИЦА)

International Policy Number / Международный номер страхового полиса

Mr. Mrs. Ms. Miss Other Г-н Г-жа

First name (in Latin Alphabet) / Имя (латиницей)

First name (in Cyrillic (if relevant)) / Имя (кириллицей)

Surname (in Latin Alphabet) / Фамилия (латиницей)

Surname (in Cyrillic (if relevant)) / Фамилия (кириллицей)

Date of birth (DD/MM/YYYY) / Дата рождения (ДД/ММ/ГГГГ) / /

CONTACT PERSON / КОНТАКТНАЯ ИНФОРМАЦИЯ

Please specify who should be contacted regarding the progress of this Pre-authorisation request / (Пожалуйста, укажите к кому следует обращаться по поводу предварительного одобрения оплаты медицинских услуг)

Name / ФИО

Relationship to patient e.g. self, spouse/partner, parent / Отношение к пациенту, например сам пациент, супруг или супруга/партнер, отец или мать

Telephone / Телефон COUNTRY CODE / КОД СТРАНЫ AREA CODE / КОД ГОРОДА

Mobile telephone / Мобильный телефон COUNTRY CODE / КОД СТРАНЫ AREA CODE / КОД ГОРОДА

Email / Эл. адрес

DATA PROTECTION AND RELEASE OF MEDICAL RECORDS

ЗАКОНЫ О ЗАЩИТЕ ИНФОРМАЦИИ И ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ИНФОРМАЦИИ

We are entitled to process the personal data of an insured person once he/she has been included in the insurance agreement.

According to the Federal Law "On personal data" dated July 27th, 2006 №152-FZ data can be processed for the following purposes: compliance with laws and other regulations related to personal data; performance of obligations under the insurance agreement, control of the quality of services rendered and/or protecting the insurer's interests.

The insurer guarantees that the insured persons' personal data to the insurer is performed only upon receipt of the Insured person's written consent in line with provisions of this article. Such consent will be effective within the whole period of insurance coverage and 5 years after its expiration or termination. Such consent may be withdrawn by an Insured person by giving the Insurer a written notice.

Processing of the Insured persons' personal data includes all activities listed in article 3 of the Federal Law dated July 27th, 2006 №152-FZ «On personal data» (including all activities (operations) with personal data performed with or without use of automation facilities such as collecting, recording, systematization, accumulation, storage, specification (update, amendment), extraction, use, transfer (circulation, provision of access to) depersonalization, blocking, deletion of data). Along with this, the Insurer is entitled to transfer personal data to Allianz Group companies including cross-border transfer of personal data to AWP Health & Life Services Limited, a limited liability company registered in Ireland. Registered no.: 509216. Registered office 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners is a registered business name of AWP Health & Life Services Limited.

I agree to waive any rights that I may have to medical secrecy/confidentiality in respect of my medical information and I authorise my medical practitioner, health professional or other relevant medical establishment to provide relevant medical information relating to me, if requested by the insurer, its medical advisers, its appointed representatives, or to any third party expert(s) in case of disputes, subject to any legal restrictions which may apply.

Мы имеем право использовать персональную информацию о застрахованном лице, включенном в страховое соглашение. Согласно Федеральному закону «О персональных данных» №152-ФЗ от 27 июля 2006 года, данные могут быть использованы для следующих целей: предоставление по требованию государственных/регулирующих органов, выполнение своих обязанностей по предоставлению страхового покрытия, в соответствии с соглашением, контроль качества предоставляемых услуг и/или защита интересов страховой компании.

Компания гарантирует, что передача персональных данных застрахованного лица осуществляется только с разрешения застрахованного лица, предоставленного в письменном виде, и в соответствии с постановлениями данной статьи. Данное разрешение будет оставаться в силе в течение всего времени действия страхового покрытия и в течение еще 5 лет после истечения срока действия страхового полиса или его аннулирования. Застрахованное лицо может отозвать свое разрешение на использование персональных данных, предоставив страховой компании письменное уведомление.

Использование личных данных застрахованного лица, включает все действия, предусмотренные статьей 3 Федерального закона №152-ФЗ «О персональной информации» от 27 июля 2006 года (в том числе действия, осуществляемые с персональной информацией, с использованием автоматического оборудования для сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления или изменения), выборки, использования, передачи (распространения, обеспечения доступа), депersonализации, блокирования и удаления информации). Мы также имеем право передавать персональную информацию группе компаний Allianz, в том числе администратору, находящемуся за границей. Регистрационный номер: 509216. Юридический адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Республика Ирландия. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.

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 компании Allianz или экспертной третьей стороне.

If a minor was treated, a parent or guardian should sign and date this section. / В случае лечения несовершеннолетнего лица, этот раздел заполняется родителем или опекуном.

Patient's signature / Подпись пациента

Date (DD/MM/YYYY) / Дата (ДД/ММ/ГГГГ) / /

2 TREATMENT DETAILS TO BE FULLY COMPLETED BY THE MEDICAL PROVIDER

ИНФОРМАЦИЯ О ПРОЦЕДУРЕ ЗАПОЛНЯЕТСЯ ПОЛНОСТЬЮ ПОСТАВЩИКОМ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

- If additional treatment is required, we must be notified. / Нас необходимо известить при необходимости дополнительного лечения.
- Please note that all invoices should be submitted within 60 days of patient discharge. Where special arrangements have been agreed between us and the medical provider, these arrangements will apply. / Просим заметить, что все счета к оплате должны быть предоставлены в течении 60 дней со дня выписки пациента. Если между нами и поставщиком медицинских услуг были согласованы специальные условия, тогда данные условия будут применимы.

Condition / Заболевание

Description of the condition, signs and symptoms / Описание заболевания, признаков и симптомов

Underlying cause (if known) / Причина заболевания (если известна)

Date this condition was first diagnosed (DD/MM/YYYY) / Дата первоначальной постановки данного диагноза (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Date of first attendance for this condition (DD/MM/YYYY) / Дата первичного обращения за медицинской помощью по поводу данного недомогания (ДД/ММ/ГГГГ)

/ /

On what date would the first onset of symptoms have been apparent to the patient? (DD/MM/YYYY) / Предполагаемая дата первоначального обнаружения

пациентом симптомов заболевания (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Diagnosis (if unknown, please state provisional diagnosis) / Диагноз (если не известен, укажите предварительный диагноз)

ICD9/10 DSM-IV DRG

Please also provide the following details for maternity cases / Материнство

Date pregnancy confirmed by doctor (DD/MM/YYYY) / Дата подтверждения беременности врачом (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Expected or actual date of delivery (DD/MM/YYYY) / Предполагаемая или фактическая дата родов (ДД/ММ/ГГГГ) / /

Is birth of a single baby expected? Yes No / Ожидается ли рождение одного ребенка? Да Нет

If No, is the pregnancy a result of medically assisted reproduction other than artificial insemination? Yes No / Если нет, то является ли беременность

результатом использования вспомогательной репродуктивной технологии, отличной от искусственного оплодотворения? Да Нет

Delivery method / Способ родоразрешения

Treatment / Лечение

Planned procedure/treatment / Планируемая процедура/лечение

Planned admission date (DD/MM/YYYY) / Планируемая дата госпитализации (ДД/ММ/ГГГГ) / /

For treatment in the USA/UK / В случае оказания медицинских услуг на территории США/Великобритании

CPT code(s) / Код(ы) СРТ CCSD code(s) / Код(ы) CCSD

Description / Описание

Costs / Стоимость

For treatment in Germany (DRG) please confirm Base Price (Basisfallpreis) / В случае оказания медицинских услуг на территории Германии (DRG)

подтвердите базовую цену (Basisfallpreis)

Estimated length of stay / Предполагаемая продолжительность госпитализации night(s) / ночь(ночей) / day(s) / день(дней)
(tick as appropriate / отметьте галочкой)

Is a package price being offered? Yes No / Предлагается ли цена за пакет услуг? Да Нет

If Yes, please state the price offered incl. currency / Если да, то дайте подробное описание пакета услуг и укажите цену (валюта)

If No, please provide a breakdown of estimated costs / Если нет, укажите предполагаемую стоимость каждой услуги (валюта)

Hospital charges / Стоимость госпитализации Physician/anaesthetist fees / Оплата услуг врача/анестезиолога

Total estimated costs incl. currency / Предположительная общая стоимость (валюта)

Medical provider details / Контактные данные поставщика медицинских услуг

Hospital/facility name / Больница/медицинское учреждение

Address (including country) / Адрес (включая страну)

Email (mandatory) / Адрес эл. почты (обязательно)

Telephone / Телефон

Fax (mandatory) / Факс (обязательно)

COUNTRY CODE / КОД СТРАНЫ AREA CODE / КОД ГОРОДА

Referring physician / Врач, выдавший направление

Name / Имя

Email (mandatory) / Адрес эл. почты (обязательно)

Telephone / Телефон

Fax (mandatory) / Факс (обязательно)

COUNTRY CODE / КОД СТРАНЫ AREA CODE / КОД ГОРОДА

Attending/admitting physician / Лечащий врач/врач приемного отделения

Name / Имя

Email (mandatory) / Адрес эл. почты (обязательно)

Telephone / Телефон

Fax (mandatory) / Факс (обязательно)

COUNTRY CODE / КОД СТРАНЫ AREA CODE / КОД ГОРОДА

Please sign, date and authenticate with an official stamp. /

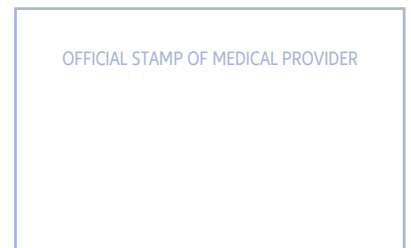
Пожалуйста, поставьте подпись, дату и официальную печать.

I confirm that all the details given in this form are, to the best of my knowledge, true, accurate and complete. /

Я подтверждаю, что все данные, указанные в этой форме, по имеющимся у меня сведениям, являются верными, точными и полными.

Doctor's signature / Подпись врача

Date (DD/MM/YYYY) / Дата (ДД/ММ/ГГГГ) / /



OFFICIAL STAMP OF MEDICAL PROVIDER

PLEASE SEND THIS FULLY COMPLETED PRE-AUTHORISATION FORM AT LEAST FIVE WORKING DAYS PRIOR TO TREATMENT BY

ПРОСИМ ВЫСЛАТЬ НАМ ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ ПРЕДВАРИТЕЛЬНОГО ОДОБРЕНИЯ ОПЛАТЫ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ МИНИМУМ ЗА 5 РАБОЧИХ ДНЕЙ ДО НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ:

Email to / По эл. адресу: client.servicesRU@allianz.com

Fax to / По факсу: + 353 1 653 1780

Post to / Почтой по адресу: Client Services Department, AllianzPartners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

We advise that you keep copies of all correspondence with us as we cannot be held responsible for correspondence that does not reach us for any reason that is outside of our reasonable control. / 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.

If you have any queries, please contact us: / При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу:



+ 353 1 907 5951



client.servicesRU@allianz.com

For our latest list of toll-free numbers, please visit:

Обновленный список бесплатных телефонных номеров представлен на нашем веб-сайте:

www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

The insurer is LLC Insurance Company Allianz Life (LLC IC Allianz Life). Registered No. (OGRN): 1037727041483, address: 30 Ozerkovskaya nab, 115184 Moscow, Russia, phone:+7 (495) 232-0014, www.allianz.ru. Central Bank License: No. SL 3828, dated 28/09/2015.

AWP Health & Life Services Limited, a limited liability company registered in Ireland, provides administration services and technical support for the policy. Registered no.: 509216. Registered office 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners is a registered business name of AWP Health & Life Services Limited.

Страховщиком является ООО Страховая компания «Альянс Жизнь» (ООО СК Альянс Жизнь). Регистрационный № (ОГРН): 1037727041483, адрес: адрес: 115184, Россия, Москва, Озерковская наб., д. 30, телефон:+7 (495) 232-0014, www.allianz.ru. Лицензия ЦБ РФ № СЛ 3828 от 28.09.2015.

Обслуживание по договору страхования осуществляется ассистантом AWP Health & Life Services Limited (знак обслуживания Allianz Partners), компанией с ограниченной ответственностью. Регистрационный номер: 509216. Юридический адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Республика Ирландия. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.