

4 Richiesta di rimborso

Per favore, completi la tabella con i dati di ciascuna fattura e/o ricevuta relativa alla malattia in questione. Per i trattamenti ricevuti in Cina, dovrà allegare una fattura FaPiao. Se la fattura non indica la diagnosi e la patologia del caso, dovrà fornire tali informazioni nella tabella sottostante. Continui su un foglio a parte se lo spazio a disposizione per includere tutte le informazioni necessarie non è sufficiente.

Descrizione della spesa medica/ trattamento medico	Diagnosi/patologia trattata	Nome del medico o struttura sanitaria	Importo addebitato	valuta della fattura	Ha già pagato la fattura?
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importo totale delle spese					
<small>(si noti che il totale visualizzato qui è accurato solo quando tutte le fatture sono emesse nella stessa valuta. Se sta presentando richieste di rimborso in valute diverse, la preghiamo di ignorare l'importo totale visualizzato)</small>					

In quale Paese ha ricevuto il trattamento?

Richiesta di rimborso correlata a un incidente o infortunio

Questa richiesta di rimborso è correlata a un incidente o a un infortunio? Si No

Se sì, per favore compili quanto segue:

Data dell'incidente GG / MM / AAAA

Dettagli dell'incidente/infortunio

Ha un'altra polizza assicurativa (ad esempio, un'assicurazione di viaggio)? Si No

Se sì, fornisca maggiori informazioni:

Nome dell'assicuratore

Numero di polizza

L'incidente/infortunio è stato causato da una parte terza? Si No

Se sì, compili quanto segue:

Nome e cognome della parte terza

Nome della compagnia assicurativa della parte terza

Numero di polizza della parte terza

Ove possibile, ci inoltri una copia del verbale della polizza all'indirizzo: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

Le sezioni 5 ("Dati del medico") e 6 ("Informazioni cliniche") devono essere completate dal medico curante solamente se la documentazione allegata (ad esempio ricevute o fatture) non contiene già informazioni sulla diagnosi e sulla natura del trattamento.

5 Dati del medico

Nome del medico o specialista

Qualifiche e credenziali

Nome dell'ospedale o clinica

Indirizzo

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Fax PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

Se la richiesta si riferisce a fisioterapia o psicoterapia, per favore fornisca informazioni sull'impegnativa per la cura specialistica:

Nome del medico che ha firmato l'impegnativa

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Data dell'impegnativa / /

6 Informazioni cliniche

Tipo di patologia: Acuta Cronica Episodio acuto di malattia cronica

Si prega di fornire i dettagli completi dei sintomi o della condizione medica che richiedono il trattamento:

ICD9/10 e DSM-IV

Dettagli dei sintomi/condizione medica

In che data il paziente si è rivolto a Lei per la prima volta manifestando questi sintomi?

/ /

Indichi la data in cui il paziente ha manifestato i sintomi per la prima volta.

/ /

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia?

Sì No

Se sì, indichi la data:

/ /

È a conoscenza di eventuali trattamenti che siano stati somministrati al paziente in passato con riferimento a questa patologia o a patologie ad essa correlate?

Sì No

Se sì, fornisca maggiori informazioni

Si tratta di una malattia 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

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:

Data prevista del parto

/ /

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 maggiori informazioni

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per cure odontoiatriche:

Il paziente soffre di dolore ai denti quando si è sottoposto alla sua attenzione?

Sì No

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale

 Firma del medico

Data / /

Timbro ufficiale del medico

7 Protezione dei suoi dati personali

La nostra Informativa sulla protezione dei dati spiega come proteggiamo la sua privacy e come trattiamo i suoi dati personali. Le consigliamo di leggerla prima di inviarci i suoi dati personali. Trova l'Informativa qui: www.allianzcare.com/it/privacy.html

In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea. Se ha delle domande in merito all'uso che facciamo dei suoi dati personali, ci contatti pure per e-mail all'indirizzo AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 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 suo diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica e autorizza i suoi medici, specialisti, dentisti, professionisti della salute, dipendenti degli ospedali e dei centri medici a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz Care, 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.

 Firma del paziente _____

Data / /

9 Abbiamo bisogno del suo consenso

In conformità con il Regolamento europeo in materia di protezione dei dati personali (GDPR), abbiamo bisogno del suo consenso per poter trattare le sue informazioni mediche e pagare le sue spese mediche. Se non ci ha ancora fornito il suo consenso, vada alla pagina my.allianzcare.com/myhealth/login, acceda ai nostri servizi digitali MyHealth e selezioni i campi richiesti. In alternativa, può scaricare il Modulo di consenso, disponibile alla pagina www.allianzcare.com/content/dam/onemarketing/azcare/allianzcare/it/CONSENT-FORM-IT-0518.pdf. Una copia cartacea è disponibile su richiesta. Noti bene: ogni assicurato coperto dalla sua polizza dai 18 anni in su deve fornire il proprio consenso.

10 Autorizzazione alla divulgazione di dati sensibili a terzi

In qualità di richiedente, autorizzo _____

NOME DELLA PARTE TERZA

ad agire in mio nome per l'amministrazione di questa richiesta di rimborso, cosa che potrebbe includere la visione di informazioni riservate sulla mia salute e storia clinica.

 Firma del richiedente _____

Nome in stampatello del richiedente

Data / /

È sua responsabilità conservare l'originale di tutti i documenti (ad esempio, le ricevute delle spese mediche) che ci inoltra in fotocopia con le sue richieste di rimborso. Ci riserviamo il diritto di richiederle le copie originali in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, come parte del procedimento di revisione dei conti. Inoltre, ci riserviamo il diritto di richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) a supporto delle ricevute per le sue spese mediche. 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 favore, invii il presente modulo debitamente compilato, allegando le fatture di supporto (non si accettano ricevute di carte di credito) nelle seguenti modalità:

@ E-mail: claims@e.allianz.com
🏠 Posta: Ufficio rimborsi (Claims Department)
Allianz Care
15 Joyce Way
Park West Business Campus
Nangor Road
Dublino 12
Irlanda

Importante – verificaci che:

- tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- il modulo di Richiesta di rimborso sia stato completato in ogni sua parte;
- le dichiarazioni ivi contenute siano state firmate e datate;
- la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate;
- i suoi recapiti siano ancora corretti (se sono cambiati, ce lo comunichi in questo modulo).

Sapeva che...

...la maggior parte dei nostri assicurati ottiene una risposta più rapida alle proprie domande quando ci contatta per telefono?

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