

RICHIESTA DI RIMBORSO PER MEDICI E OSPEDALI CONVENZIONATI

Può scaricare ulteriori copie di questo modulo (in versione PDF editabile) dal nostro sito web:

<https://www.allianzcare.com/it/risorse/risorse-per-i-fornitori-di-servizi-sanitari.html>

In alternativa, se preferisce compilarlo interamente a mano, per favore scriva in **STAMPATELLO**.

1 DATI DEL PAZIENTE

Numero di polizza

Nome

Cognome

Data di nascita GG / MM / AA AA AA

Indirizzo per la corrispondenza

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

2 INFORMAZIONI CLINICHE

Tipo di patologia: Acuta Cronica Episodio acuto di una patologia cronica

Per favore, fornisca i dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento:

Codici ICD9/10 e DSM-IV

Dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche

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

In che data i sintomi sono stati evidenti per il paziente per la prima volta? GG / MM / AA AA AA

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia? Sì No

Se ha risposto affermativamente, indichi la data GG / MM / AA AA AA

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

Sì No Se ha risposto affermativamente, fornisca maggiori dettagli

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

Per favore, ci fornisca il numero di riferimento della Garanzia di pagamento (Gdp) relativa a questo trattamento (ove disponibile):

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

Data prevista del parto GG / MM / AA AA AA

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 ha risposto affermativamente, fornisca ulteriori dettagli

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 GG / MM / AA AA AA

Per favore, firmi e apponga la data ed il suo timbro ufficiale.

Timbro ufficiale del medico

Firma del medico

Data GG / MM / AA AA AA

3 LA PROTEZIONE DEI SUOI DATI PERSONALI È IMPORTANTE PER NOI

La nostra Informativa sulla Protezione dei Dati spiega come proteggiamo la sua privacy. Si tratta di un importante documento che illustra come trattiamo i suoi dati personali. La invitiamo a leggerla attentamente prima di condividere i suoi dati personali con noi. Per leggere la nostra Informativa sulla Protezione dei Dati visiti: www.allianzcare.com/it/privacy.html


In alternativa, può contattarci al numero + 353 1 630 1305 per richiedere una copia cartacea della nostra Informativa sulla Protezione dei Dati completa. Se ha delle domande su come utilizziamo i suoi dati personali, può sempre contattarci tramite e-mail all'indirizzo AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

4 DICHIARAZIONE

Il sottoscritto certifica che il presente modulo non contiene alcuna informazione falsa, fuorviante o incompleta. Il sottoscritto comprende che, se le informazioni fornite nel presente modulo dovessero rivelarsi in parte o del tutto fraudolente o intenzionalmente esagerate, il contratto viene cancellato a partire dalla data in cui la frode viene scoperta e il sottoscritto potrebbe di conseguenza diventare passibile di giudizio.

Il sottoscritto è d'accordo a rinunciare al proprio diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla propria storia clinica ed autorizza i suoi medici, gli specialisti ed i rappresentanti delle strutture sanitarie a rilasciare informazioni sulla sua persona ad Allianz Care, ai suoi consulenti medici, ai suoi rappresentanti designati e ad eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta ad eventuali restrizioni legali che potrebbero applicarsi).

Se il paziente è minore d'età, un genitore o il tutore deve firmare e apporre la data a questa sezione.

 Firma del paziente

Data / /

 **Importante** – la preghiamo di controllare che:

- tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- la richiesta di rimborso per medici e ospedali convenzionati sia compilata in tutte le sue parti (incluso il numero di riferimento della Garanzia di pagamento, ove disponibile);
- le dichiarazioni siano state firmate e datate;
- la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate.

Per favore, invii il presente modulo debitamente completato, allegando le fatture originali (non si accettano fotocopie) al seguente indirizzo:

Ufficio rimborsi (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda

È responsabilità dell'assicurato conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con la compagnia assicurativa, la quale declina ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al proprio controllo.

Per eventuali domande, non esiti a contattare l'Helpline al numero:
+ 353 1 630 1305, oppure tramite e-mail: client.services@allianzworldwidecare.com.
La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web:
<https://www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html>

Il presente documento è una traduzione in italiano del documento originale in lingua inglese. Il testo in inglese è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in inglese, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

AWP Health & Life SA è una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances") e opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese. Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. Allianz Care e Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.