

Pieprasījuma veidlapa

Lūdzu, uzmanīgi izlasiet, ierakstot visu atbilstošo informāciju **DRUKĀTIEM BURTĪEM** un atzīmējot attiecīgos lodziņus

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Svarīga informācija – lūdzu, lasiet uzmanīgi.

Lai palīdzētu mums apstrādāt jūsu prasību, lūdzu, ievērojiet šīs vadlīnijas:

- Lūdzu, skatiet apdrošināšanas atlīdzību tabulu, lai pārlicinātos, ka saņemat atlīdzību par izdevumiem, kurus pieprasāt (ja neesat pārlicināti, ko jūsu polise sedz, sazinieties ar Palīdzības līniju)
- Lai pieprasījuma maksājumi nekavētos, lūdzu, pilnīgi aizpildiet visas sadaļas ar DRUKĀTIEM BURTĪEM
- Ja vēlāk jāveic pieprasījums par tādu pašu stāvokli, vienkārši nokopējiet veidlapu. Veidlapa nav jāaizpilda vēlreiz, tomēr mēs to varam lūgt, ja stāvoklis turpinās ilgāk par 6 mēnešiem.
- Visi atbilstošie rēķinu oriģināli jāpievieno pieprasījuma veidlapai (kopijas un kredītkartes čekus nepieņemam). Iesakām glabāt visu iesniegto dokumentu kopijas
- Par katru pacientu un katru medicīnisko stāvokli, par kuru tiek pieprasīta atlīdzība, jāaizpilda atsevišķa pieprasījuma veidlapa
- 1.–5. sadaļa jāaizpilda apdrošinājuma ņēmējam/prasītājam
- 6. un 7. sadaļa jāaizpilda ārstējošajam ārstam/speciālistam
- Prasības jāiesniedz ne vēlāk kā 6 mēnešus pēc katra apdrošināšanas gada beigām. Ja atlīdzība apdrošināšanas gadā ir atcelta, prasības jāiesniedz ne vēlāk kā 6 mēnešus pēc tam, kad atlīdzība tika pārtraukta. Pēc šī laika beigām mums prasība nav jāsedz
- Ja ir mainījies jūsu kontaktinformācija, lūdzu, informējiet mūs prasības veidlapā, lai mēs varētu atjaunināt savus ierakstus. Lai pārlicinātos, vai izmantojam jūsu pašreizējo kontaktinformāciju, lūdzu, sazinieties ar mūsu Palīdzības centru
- Lūdzu, ņemiet vērā, ka prasības veidlapas jāaizpilda angļu, vācu, franču, spāņu vai itāļu valodā

Pilnīgi aizpildītu(-as) pieprasījuma veidlapu(-as) ar pievienotiem rēķiniem lūdzam sūtīt uz šo adresi:

Claims Department, Allianz Worldwide Care, Unit 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Īrija.

Palīdzības līnija

Angļu valodā:	+ 353 1 630 1301
Vācu valodā:	+ 353 1 630 1302
Franču valodā:	+ 353 1 630 1303
Spāņu valodā:	+ 353 1 630 1304
Itāļu valodā:	+ 353 1 630 1305
Fakss:	+ 353 1 630 1306
E-pasts:	client.services@allianzworldwidecare.com

Bezmaksas numurs, zvanot no Francijas, Beļģijas un Šveices:	00 800 66 302 302
Bezmaksas numurs, zvanot no Ziemeļkīnas:	10 800 744 1259
Bezmaksas numurs, zvanot no Dienvidkīnas:	10 800 441 0115
Bezmaksas numurs, zvanot no ASV:	1 866 266 2182
Bezmaksas numurs, zvanot no Singapūras:	800 353 10 18
Bezmaksas numurs, zvanot no Honkongas:	800 901 705
Bezmaksas numurs, zvanot no Itālijas:	800 088 736

www.allianzworldwidecare.com

1 Informācija par polises turētāju.

Polises numurs

kungs kundze sieviete jaunkundze cits variants

Vārds

Uzvārds

Pasta adrese

Ja tā ir **jauna adrese**, vai vēlaties, lai visas turpmākā korespondence tiktu sūtīta uz šo adresi? Jā Nē

Tālrunis (dienā) VALSTS KODS — RAJONA KODS —

Tālrunis (vakarā) VALSTS KODS — RAJONA KODS —

Fakss VALSTS KODS — RAJONA KODS —

E-pasts

2 Informācija par pacientu.

Vai pacients/prasītājs ir iepriekš minētās polises turētājs? Jā Nē

Ja nē, lūdzu, nodrošiniet informāciju par pacientu/prasītāju:

kungs kundze sieviete jaunkundze cits variants

Vārds

Uzvārds

Dzimšanas datums

3 Maksāšanas noteikumi.

1. iespēja: Maksājums medicīniskā pakalpojuma nodrošinātājam (piem., slimnīcai, speciālistam, magnētiskās rezonanses attēlveidošanai)

2. iespēja: Maksājums polises turētājam

Vēlamā maksāšanas metode: Bankas čeks* Bankas pārskaitījums**

* Bankas čeks, kas jāizmaksā polises turētājiem tiks nosūtīts uz korespondences adresi, kas norādīta 1. sadaļā

** Lai izmantotu bankas pārskaitījumu, lūdzam šeit norādīt bankas informāciju

Bankas konta turētāja/maksājuma saņēmēja vārds kā tas parādās jūsu konta izrakstā, piemēram, Jānis Bērziņš

Lūdzu, norādiet valūtu, kurā vēlaties saņemt naudu (un pārliedcinieties, vai jūsu bankas konts atbalsta izvēlēto valūtu)

Ja jūsu banka ir ES, lūdzu, norādiet IBAN un BIC / Swift kodu, lai garantētu prasības maksājumu:

Konta numurs

IBAN (tikai EU)

Bankas / filiāles kods

Swift / BIC kods

Bankas nosaukums

Bankas adrese

Starpniekbankas informācija (ja piemērojama):

Starpniekbankas nosaukums

Starpniekbankas Swift kods

Konta numurs starpniekbankā

4 Pacienta paraksts un slimības vēstures izklāsts.

Es apliecinu, ka, cik man zināms, šajā prasības veidlapā nav nepareizas, maldinošas vai nepilnīgas informācijas. Es saprotu, ka gadījumā, ja prasība izrādās pilnīgi vai daļēji krāpnieciska, polise tiks atzīta par nederīgu, un var tikt ierosināta lieta. Attiecībā uz medicīnisko prasību ar šo pilnvaroju savu ģimenes ārstu, mediķi vai atbilstošu medicīnas iestādi sniegt jebkādu informāciju par veselību vai slimības vēsturi, ko var pieprasīt Allianz Worldwide Care Limited vai tās ieceltie pārstāvji.

Ja veselības aprūpi saņēmis nepilngadīgais, šajā sadaļā jāparakstās kādam no vecākiem vai aizbildnim.

Pacienta paraksts Datums

6. un 7. nodaļa jāaizpilda ārstējošajam ārstam DRUKĀTIEM BURTĪEM, ja vien rēķinos nav ietverta informācija par diagnozēm un ārstniecības veids.

6 Medicīniskā pakalpojuma nodrošinātājs.

Ārsta/speciālista vārds

Kvalifikācijas/akreditācijas dati

Slimnīcas/klīnikas nosaukums

Adrese

Tālruņa numurs Fakss

E-pasts

Piemērojams tikai psihoterapijai/tikai psihoterapijas prasības. Lūdzu, sniedziet pilnu informāciju par nosūtījumu:

Ārsta – nosūtītāja vārds

Tālruņa numurs Nosūtījuma datums

Piemērojams tikai zobārstniecības prasībām:

Vai pacientam bija zobu sāpes, kad viņš/viņa bija pie jums vizītē? Jā Nē

7 Medicīniska informācija.

Norādiet stāvokļa veidu: Akūts Hronisks Hroniska stāvokļa akūta epizode

Lūdzu, sniedziet pilnu informāciju par medicīnisko stāvokli, kam nepieciešama ārstēšana, tostarp ICD kodu/DSM-IV

Kurā datumā pacients pirmo reizi informēja par saviem simptomiem? Diagnozes datums

Cik ilgi šis stāvoklis vai simptomi pacientam turpinās?

Vai šis pacients iepriekš ir bijis šādā stāvoklī, ja jā, tad kad? Jā Nē

Vai jums ir informācija par ārstēšanu, kas iepriekš veikta šai vai citai saistītai slimībai? Jā Nē

Ja jā, lūdzu, sniedziet vairāk informācijas

Vai tā var atkārtoties? Jā Nē

Vai tai nepieciešama rehabilitācija? Jā Nē

Vai tā ir pastāvīga? Jā Nē

Vai tai nepieciešama ilgstoša uzraudzība, konsultācijas, pārbaudes, izmeklēšanas vai analīzes? Jā Nē

Grūtniecība (jāaizpilda tikai divu vai vairākaugļu grūtniecības gadījumā):

Vai šī grūtniecība radusies neauglības ārstēšanas rezultātā, tostarp, izmantojot olšūnas mākslīgu apaugļošanu, kas nav mākslīgā inseminācija? Jā Nē

Ja jā, tad lūdzu, paskaidrojiet

Lūdzu, parakstieties un aplieciniet autentiskumu ar oficiālo zīmogu.

Ārsta paraksts Datums

OFICIĀLAIS ZĪMOGS

Pacienta un dalības informācijas konfidencialitāte Allianz Worldwide Care ir ļoti svarīga. Allianz Worldwide Care pilnīgi atbilst Eiropas datu aizsardzības tiesību aktu prasībām un ievēro Starptautiskās ārsta noslēpuma vadlīnijas. Jums ir tiesības piekļūt saviem personiskajiem datiem. Jums ir arī tiesības pieprasīt, lai mēs mainām vai dzēšam jebkādu informāciju, kas jūsaprāt nav precīza vai ir novecojusi.

Svarīgi - Lūdzu, pārbaudiet, vai:

- pievienoti visi čeki, rēķinu un recepšu oriģināli
- prasības forma pilnīgi aizpildīta

- Prasības ir parakstītas un uz tām ir uzrakstīts datums
- diagnozes ir apstiprinātas un ir norādītas vai nu prasības veidlapā, vai rēķinos