

Заявление на страховое возмещение

Пожалуйста, внимательно прочтите данную форму, заполните все необходимые поля **ПРОПИСНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** и поставьте галочки напротив нужных пунктов

Allianz 
Allianz Worldwide Care

Важная информация – пожалуйста, прочтите внимательно.

Для того чтобы Ваше заявление было рассмотрено своевременно, при заполнении данной формы Вам необходимо следовать указанным ниже рекомендациям:

- Пожалуйста, проверьте таблицу расходов, подлежащих возмещению (Table of Benefits), чтобы убедиться, что Ваша страховка покрывает расходы, которые Вы хотите возместить (если Вы не уверены, какие расходы покрывает Ваша страховка, позвоните в нашу справочную службу)
- Во избежание задержек, пожалуйста, заполните все разделы (**ПРОПИСНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ**)
- Если в будущем Вам понадобится подать точно такое же заявление на страховое возмещение, сделайте ксерокопию данного заявления. Повторно заполнять форму не требуется; однако, мы можем попросить Вас это сделать, если указанное состояние продолжается более чем 6 месяцев
- К заявлению должны быть приложены оригиналы всех необходимых счетов (ксерокопии и отписки кредитных карт не принимаются). Мы рекомендуем Вам сохранять ксерокопии всех представленных нам документов
- Для каждого пациента и каждого конкретного заболевания (состояния) заполняется отдельное заявление на страховое возмещение
- Разделы 1 и 5 заполняются страхователем/заявителем
- Разделы 6 и 7 заполняются лечащим врачом/специалистом
- Заявления на страховое возмещение подаются не позднее, чем через 6 месяцев после окончания страхового года. Если страховка была аннулирована в течение страхового года, заявления подаются не позднее, чем через 6 месяцев после даты аннулирования. В случае нарушения указанных сроков компания не обязуется возмещать понесенные расходы
- Если Ваша контактная информация изменилась, укажите это в заявлении, чтобы мы могли внести все необходимые изменения в базу данных. Чтобы узнать, какие Ваши контактные данные содержатся в нашей базе данных, пожалуйста, обратитесь в нашу справочную службу
- Заявления на страховое возмещение должны быть заполнены на английском, немецком, французском, испанском или итальянском языке

Заполненное заявление(я) с приложенными оригиналами счетов необходимо отправлять по адресу: **Claims Department, Allianz Worldwide Care, Unit 18B Beckett Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.**

Телефоны справочной службы

Английский: + 353 1 630 1301
Немецкий: + 353 1 630 1302
Французский: + 353 1 630 1303
Испанский: + 353 1 630 1304
Итальянский: + 353 1 630 1305

Бесплатные номера для звонков

Бесплатный номер для звонков на территории Гонконга: 800 901 705
Бесплатный номер для звонков на территории Северного Китая: 10 800 744 1259
Бесплатный номер для звонков на территории Южного Китая: 10 800 441 0115
Бесплатный номер для звонков на территории США: 1 866 266 2182
Бесплатный номер для звонков на территории Сингапура: 800 353 1018
Бесплатный номер для звонков на территории Италии: 800 088 736
Бесплатный номер для звонков на территории Франции, Бельгии и Швейцарии: 00 800 66 302 302

Факс: + 353 1 630 1306

дрес эл. почты: client.services@allianzworldwidecare.com

1 Информация о страхователе.

Номер страхового полиса

Г-н Г-жа (замужем) Г-жа (не замужем) Г-жа (статус неизвестен) Другое

Имя

Фамилия

Почтовый адрес

Если это новый адрес, хотите ли Вы, чтобы всю корреспонденцию Вам отправляли на него? Да Нет

Телефон (рабочее время) — —

Телефон (Вечернее время) — —

Факс — —

Адрес эл. почты

2 Информация о пациенте.

Является ли пациент/заявитель указанным выше страхователем? Да Нет

Если нет, пожалуйста, укажите следующие данные:

Г-н Г-жа (замужем) Г-жа (не замужем) Г-жа (статус неизвестен) Другое

Имя

Фамилия

Дата рождения

3 Информация об оплате.

Вариант 1: Оплата поставщику медицинских услуг (например, больнице, специалисту, MRI)

Вариант 2: Оплата страхователю

Предпочтительный способ оплаты: Чек* Денежный перевод**

* Чеки высылаются страхователю на почтовый адрес, указанный в разделе 1

** Для осуществления банковского перевода необходимо указать банковские реквизиты

Имя владельца банковского счета/получателя (в том виде, в каком оно указано в балансе банковского счета, например, John Smith)

Пожалуйста, укажите, в какой валюте необходимо возместить расходы (убедитесь, что Ваш счет поддерживает выбранную валюту).

Для банков, расположенных на территории ЕС: для получения банковского перевода Вам необходимо указать IBAN и БИК / swift-код.

Номер счета

IBAN (только для граждан ЕС)

Код отделения/Sort-код

Свифт / БИК

Название банка

Адрес банка

Информация о промежуточном банке (если необходимо):

Название промежуточного банка

Свифт-код промежуточного банка

Номер счета в промежуточном банке

4 Подпись пациента и предоставление медицинской информации.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, данное заявление на страховое возмещение (Claim Form) не содержит никакой ложной, вводящей в заблуждение или неполной информации. Я осознаю, что в том случае, если данное заявление или его часть будут признаны поддельными, мой страховой полис будет признан недействительным, а мне придется нести юридическую ответственность. Настоящим я разрешаю моему лечащему врачу, другому специалисту или сотруднику соответствующего медицинского учреждения в случае предъявления требований предоставлять любую необходимую медицинскую информацию или документацию, касающуюся моего лечения, компании Allianz Worldwide Care Limited или ее официальным представителям.

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

Подпись пациента Дата

Разделы 6 и 7 заполняются лечащим врачом **ПРОПИСНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ** за исключением тех случаев, когда счета содержат информацию о поставленном диагнозе и характере лечения.

6 Информация о поставщике медицинских услуг.

Имя врача/специалиста _____

Квалификация/Лицензия _____

Название больницы/клиники _____

Адрес _____

Телефон _____ Факс _____

Адрес эл. почты _____

Только для заявлений на страховое возмещение расходов на физиотерапию/психотерапию. Укажите полную информацию о факте обращения к врачу:

Имя лечащего врача _____

Телефон _____ Дата обращения [Д|Д] [М|М] [Г|Г]

Только для заявлений на страховое возмещение расходов на стоматологическое лечение:

В момент обращения к Вам пациент жаловался на зубную боль? Да Нет

7 Медицинские данные.

Укажите тип течения болезни: Острое Хроническое Хроническое течение с периодическим обострением

Укажите полную информацию о состоянии здоровья пациента, в результате которого ему требуется медицинское лечение,

включая код ICD/DSM-IV _____

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

Дата постановки диагноза [Д|Д] [М|М] [Г|Г]

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

Наблюдалось ли данное состояние у пациента ранее; если да, укажите дату? Да Нет [Д|Д] [М|М] [Г|Г]

Знаете ли Вы о том, какое лечение назначалось пациенту в прошлом в связи с данным заболеванием или любым связанным с ним заболеванием? Да Нет

Если да, опишите подробно _____

Есть ли вероятность повторного возникновения заболевания? Да Нет

Нуждается ли пациент в реабилитации? Да Нет

Является ли заболевание постоянным? Да Нет

Требуется ли пациенту длительное наблюдение, регулярные консультации врача, осмотры или исследования? Да Нет

Беременность (заполняется только в случае двуплодной или многоплодной беременности):

Является ли беременность результатом лечения бесплодия, включая методы искусственного зачатия (за исключением искусственного осеменения)? Да Нет

Если да, пожалуйста, опишите подробно _____

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача _____

Дата

[Д|Д] [М|М] [Г|Г]

Компания Allianz Worldwide Care заботится о сохранении конфиденциальности личной информации застрахованных лиц и пациентов. Компания Allianz Worldwide Care полностью соблюдает европейские законы о защите данных (European Data Protection Legislation) и Международную директиву о сохранении конфиденциальности медицинской информации (International Medical Confidentiality Guidelines). Вы имеете право на получение доступа к Вашим личным данным. Вы также имеете право требовать изменения или удаления любой неточной или устаревшей информации.

Официальная печать

Важная информация – Проверьте наличие следующего:

- К заявлению на страховое возмещение приложены оригиналы всех необходимых счетов, квитанций и рецептов
- Бланк заявления на страховое возмещения (Claim Form) полностью заполнен

- На всех заявлениях стоит дата и подпись
- Диагноз подтвержден специалистом и указан либо в заявлении на страховое возмещение (Claim Form), либо в счетах за медицинские услуги