

Grupas prasības veidlapa

Aizpildiet šo veidlapu **LIELIEM, DRUKĀTIEM BURTĪEM**. Lai iesniegtu prasību tiešsaistē, varat izmantot arī MyHealth Digital Services: www.allianzcare.com/en/myhealth.html

Neaizmirstiet: prasības jāiesniedz prasību iesniegšanas termiņā, kas norādīts jūsu Pabalstu rokasgrāmatā, kas pieejama vietnē www.allianzcare.com/en/myhealth/login

1 Informācija par pacientu

Polises numurs

Dzimšanas datums / /

Vārds

Uzvārds

Jaunākā korespondences adrese

Tālruna numurs VALSTS KODS REGIONĀLAIS KODS

E-pasts

Apdrošinājuma ņēmēja vārds un uzvārds (ja tas nav pacienta vārds un uzvārds)

Vai jums ir valsts nodrošināta veselības apdrošināšana, kas darbojas jūsu izcelsmes valstī vai dzīvesvietas valstī, piemēram, valsts veselības apdrošināšana?
Jā Nē Ja atbildējāt ar Jā, norādiet apdrošināšanas segumu. Uzrādiet arī savu atsaucies/identifikācijas numuru savā valstī.

2 Informācija par prasītāju (ja atšķiras no 1. iedaļā minētā pacienta)

Vārds

Uzvārds

Dzimšanas datums / / Dzimums: Vīrietis Sieviete

3 Informācija par maksājumu

Lūdzu, atzīmējiet vienu no turpmāk norādītajām iespējām un pēc vajadzības papildiniet informāciju.

1. iespēja: Maksājums medicīnas pakalpojuma sniedzējam* (piem., slimnīcai, speciālistam)
Bankas rekvizītu norāde šai iespējai nav nepieciešama.

2. iespēja: Maksājums dalībniekam

Vēlamā maksāšanas metode: Bankas pārskaitījums** Bankas čeks***
Norādiet valūtu, kurā vēlaties saņemt atlīdzinājumu (pārļecinieties, ka jūsu bankas konts to atbalsta)

3. iespēja: Maksājums trešajai pusei

Bankas konta turētāja vārds, kā tas ir norādīts jūsu konta izrakstā

Konta numurs

IBAN (ja nepieciešams)****

Bankas/filiāles kods BIC/Swift kods****

Bankas nosaukums

Bankas adrese

Ja jums ir zināma papildu informācija, kas nepieciešama, lai apstrādātu starptautiskos darījumus jūsu valstī (piem., aģentūras kods, nodokļu maksātāja numurs), norādiet to zemāk:

Starpniekbankas Swift kods (ja nepieciešams)

* Ja vēl neesat samaksājis pakalpojuma sniedzējam.

** Lai izmantotu bankas pārskaitījumu, norādie bankas rekvizītus.

*** Bankas čeks uz polises turētāja vārda tiks nosūtīts uz pasta adresi, kas norādīta 1. sadaļā.

**** Ja jūsu banka atrodas ES vai arī, ja konkrētajā valstī pieprasīts norādīt IBAN (piem., Katara, Saūda Arābija, Angola, Tunisija, Turcija), norādiet gan IBAN, gan BIC/Swift kodu, lai nodrošinātu ātrāku atlīdzības izmaksu.

4 Informācija par prasību

Aizpildiet visas tabulas sadaļas, norādot informāciju par katru rēķinu/čeku. Ņemiet vērā, ka, pieprasot atlīdzību par ārstēšanas izmaksām Ķīnā, ir jāiesniedz Fa Piao kvīts. Ja jūsu rēķinā nav norādīta diagnoze/ medicīniskais stāvoklis, jums iztrūkstošā informācija jāsniedz zemāk esošajā tabulā. Ja tabulā nav pietiekami daudz vietas, sniedziet sīkāku aprakstu uz atsevišķas lapas.

Izdevumu/ārstēšanas apraksts	Diagnoze/medicīniskais stāvoklis	Pakalpojuma sniedzēja nosaukums	Iekasēta summa	Valūta	Vai šo rēķinu maksājāt jūs?
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
Kopējā izdevumu summa					
(Ņemiet vērā, ka šeit norādītā kopējā summa ir precīza tikai tad, ja visi rēķini ir izrakstīti vienā valūtā. Ja izmaksas tiek pieprasītas dažādās valūtās, neņemiet vērā norādīto kopējo summu.)					

Kurā valstī tika saņemta ārstēšana?

Aizpildāms tikai grūtniecības gadījumos: Paredzamais dzemdību datums / /

Prasības saistībā ar negadījumu vai traumu: Vai šī prasība saistīta ar negadījumu/traumu? Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Negadījuma/traumas datums / /

Informācija par negadījumu/traumu

Vai jums ir kāda cita apdrošināšanas polise (piem., ceļojumu apdrošināšana)? Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Apdrošinātāja nosaukums

Polises numurs

Vai negadījumu/traumu izraisījusi trešā persona? Jā Nē

Ja jā, norādiet turpmāk prasīto informāciju:

Trešās puses vārds

Trešās puses apdrošinātāja nosaukums

Trešās puses polises numurs

Nosūtiet mums policijas ziņojuma kopiju, ja tā pieejama, uz adresi: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

5 Informācija par medicīnas pakalpojuma sniedzēju

Ārsta/speciālista vārds, uzvārds																								
Kvalifikācijas/akreditācijas dati																								
Slimnīcas/klīnikas nosaukums																								
Adrese																								
Tālruņa numurs	VALSTS KODS				REĢIONĀLAIS KODS																			
Fakss	VALSTS KODS				REĢIONĀLAIS KODS																			
E-pasts																								

Attiecas tikai uz **fizioterapijas/psihoterapijas** gadījumiem. Norādiet visu informāciju par nosūtījumu:

Nosūtošā ārsta vārds, uzvārds																								
Tālruņa numurs	VALSTS KODS				REĢIONĀLAIS KODS																			
Nosūtījuma datums	D	D	/	M	M	/	G	G	G	G														

6 Medicīniskā informācija

Norādiet medicīniskā stāvokļa veidu: Akūts Hronisks Hroniskas saslimšanas akūta epizode

Sniedziet pilnīgu informāciju par simptomiem vai medicīnisko stāvokli, kam nepieciešama ārstēšana:


ICD9/10 kodu/DSM-IV

Pilnīgu informāciju par simptomiem vai medicīnisko stāvokli

Kurā datumā pacients jūs pirmoreiz informēja par simptomiem? / /

Kurā datumā simptomi pacientam parādījās pirmoreiz? / /

Parakstieties un aplieciniet autentiskumu ar oficiālo zīmogu.

 Ārsta paraksts

Datums / /

Vieta zīmogam

7 Jūsu personas dati

Mūsu datu aizsardzības paziņojumā paskaidrots, kā mēs aizsargājam jūsu privātumu. Tas ir svarīgs paziņojums, kurā izklāstīts, kā mēs apstrādāsim jūsu personas datus. Jums tas ir jāizlasa, pirms sniežat mums jebkādus personas datus. Lai izlasītu mūsu datu aizsardzības paziņojumu, apmeklējiet tīmekļa vietni www.allianzcare.com/en/privacy.html


Tāpat jūs varat ar mums sazināties, zvanot uz tālruņa numuru + 353 1 630 1301, lai pieprasītu mūsu pilnā datu aizsardzības ziņojuma drukāto eksemplāru. Ja jums ir kādi jautājumi par to, kā mēs izmantojam jūsu personas datus, jūs vienmēr varat ar mums sazināties, rakstot uz e-pasta adresi AP.EU1DataPrivacyOfficer@allianz.com

8 Deklarācija

Es apliecinu, ka pēc manā rīcībā esošās informācijas šajā pieprasījuma veidlapā nav nepatiesas, maldinošas vai nepilnīgas informācijas. Apzinos, ka, ja tiks konstatēts, ka šis pieprasījums pilnībā vai daļēji ir nepatiess, līgums tiks anulēts ar datumu, kurā atklāta krāpniecība, un es varu tikt saukts pie atbildības.

Ar savu parakstu es atsakos no jebkādam tiesībām, kas man varētu būt uz medicīniskiem noslēpumiem/konfidencialitāti saistībā ar manu medicīnisko informāciju, un pilnvaroju savu ārstniecības personu, veselības aprūpes speciālistu vai atbilstošu medicīnas iestādi izsniegt attiecīgo medicīnisko informāciju par mani, ja to pieprasa Allianz Care, tā medicīniskie konsultanti vai nozīmētie pārstāvji, kā arī jebkurš cits trešās puses eksperts strīdu gadījumā, ņemot vērā visus piemērojamos tiesiskos ierobežojumus.

Ja veselības aprūpi saņēmis nepilngadīga, šajā sadaļā jāparakstās kādam no vecākiem vai aizbildnim, norādot datumu.

 Pacienta paraksts

Datums / /

