

ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ КОМПАНИЙ

Пожалуйста, заполните данный формуляр ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Для Вашего удобства бланк доступен на нашем веб-сайте: www.allianzworldwidecare.com/russia-groups

Мобильное приложение MyHealth позволяет подать заявления легко и быстро



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 ИНФОРМАЦИЯ О ВЛАДЕЛЬЦЕ ПОЛИСА

Международный номер полиса Дата рождения д д / м м / г г г г

Имя (кириллицей и латиницей)

Фамилия (кириллицей и латиницей)

Почтовый адрес

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Адрес эл. почты

Имеете ли Вы какое-либо медицинское страхование, которое является общественным или предоставляется государством в стране Вашей национальной принадлежности или в стране Вашего постоянного места проживания, например, обязательное медицинское страхование? Да Нет

Если «Да», пожалуйста, предоставьте описание страхового покрытия вместе с номером полиса (идентификатором для государственных служб).

2 ИНФОРМАЦИЯ О ПАЦИЕНТЕ (В СЛУЧАЕ, ЕСЛИ ВЛАДЕЛЬЦЕМ ПОЛИСА ЯВЛЯЕТСЯ ИНОЕ ЛИЦО)

Имя (кириллицей и латиницей)

Фамилия (кириллицей и латиницей)

Дата рождения д д / м м / г г г г Пол: Муж. Жен.

3 ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

Вариант 1: Оплата поставщику медицинских услуг (например, больнице или медицинскому специалисту)* (В этом случае, указывать банковские данные не нужно)

Вариант 2: Выплата застрахованному Предпочтительный способ оплаты: Денежный перевод** Чек***

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

Имя владельца банковского счета (в том виде, в каком оно указано в выписке по счету)

Номер счета

IBAN (если необходимо)****

Код отделения/Sort-код Свифт/ BIC****

Название банка

Адрес банка

Если Вам известно о какой-либо дополнительной информации, которая необходима для международного перевода средств в Вашу страну (например, код агентства, идентификационный номер налогоплательщика и др.), пожалуйста, укажите ниже:

Свифт-код банка-посредника (если необходимо)

* Если Вы не платили поставщику медицинских услуг. ** Для денежного перевода необходимо указать банковские реквизиты. *** Чеки высылаются застрахованному на почтовый адрес, указанный в разделе 1. **** Для банков, расположенных на территории ЕС или если ваша страна требует IBAN (напр. Саудовская Аравия, Ангола, Тунис, Турция), пожалуйста, укажите IBAN и BIC/Свифт-код.

4 СТРАХОВОЙ СЛУЧАЙ

Пожалуйста, заполните полностью следующую таблицу, указав информацию по каждому счету / квитанции. Обратите внимание, что в случае, если оплата производится в Китае, счет FaPiao должен содержать данные по всем заявлениям на страховое возмещение. Если в Ваш счет/квитанцию не включены сведения о диагнозе/состоянии здоровья, пожалуйста, обязательно предоставьте нам указанную ниже информацию. Если в приведенной ниже таблице недостаточно места, пожалуйста, представьте подробные сведения на отдельной странице.

Описание расходов/лечения	Диагноз/состояние здоровья	Название компании, предоставляющей услуги	Сумма к уплате и валюта	Были ли данный счет оплачен Вами?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/>

Общая сумма расходов (Пожалуйста, имейте в виду, что данная сумма будет отображена правильно только в том случае, если все счета выписаны в одной и той же валюте. Если Вы заявляете о возмещении расходов по счетам, выписанным в разных валютах, пожалуйста, не обращайте внимания на общую сумму)

В какой стране проходило лечение?

Применимо только в случае беременности: Пожалуйста, укажите предполагаемую дату родов д д / м м / г г г г

Если данное заявление на страховое возмещение связано с несчастным случаем или болезнью/травмой, полученной на рабочем месте, и у Вас имеется другой страховой полис, (например страховой полис на автомобиль), или если Вы подаете заявление на страховое возмещение или иск, адресованные третьей стороне, чтобы возместить расходы, возникшие в результате этого несчастного случая или травмы, пожалуйста, представьте подробные сведения на отдельной странице.



5 ИНФОРМАЦИЯ О ПОСТАВЩИКЕ МЕДИЦИНСКИХ УСЛУГ

Имя врача/специалиста

Квалификация/Лицензия

Название больницы/клиники

Адрес

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Факс КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Адрес эл. почты

Только для заявлений на страховое возмещение расходов на физиотерапию/психотерапию. Укажите полную информацию о факте направления от лечащего врача:

Имя направляющего врача

Телефон КОД СТРАНЫ КОД ГОРОДА

Дата направления / /

6 МЕДИЦИНСКИЕ ДАННЫЕ

Укажите тип заболевания: Острое Хроническое Обострение хронического заболевания

Укажите полную информацию о состоянии здоровья пациента, в результате которого ему требуется медицинское лечение, включая код ICD9/10/DSM-IV

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

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

Пожалуйста, поставьте подпись и официальную печать.

Подпись врача

Дата / /

Официальная печать
медицинского учреждения

7 ЗАКОНЫ О ЗАЩИТЕ ИНФОРМАЦИИ И РАЗРЕШЕНИЕ НА ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ МЕДИЦИНСКИХ ДАННЫХ

Мы имеем право использовать персональную информацию о застрахованном лице, включенном в страховое соглашение. Согласно Федеральному закону «О персональных данных» №152-ФЗ от 27 июля 2006 года, данные могут быть использованы для следующих целей: предоставление по требованию государственных/регулирующих органов, выполнение своих обязанностей по предоставлению страхового покрытия, в соответствии с соглашением, контроль качества предоставляемых услуг и/или защита интересов страховой компании.

Компания гарантирует, что передача персональных данных застрахованного лица осуществляется только с разрешения застрахованного лица, предоставленного в письменном виде, и в соответствии с постановлениями данной статьи. Данное разрешение будет оставаться в силе в течение всего времени действия страхового покрытия и в течение еще 5 лет после истечения срока действия страхового полиса или его аннулирования. Застрахованное лицо может отозвать свое разрешение на использование персональных данных, предоставив страховой компании письменное уведомление.

Использование личных данных застрахованного лица, включает все действия, предусмотренные статьей 3 Федерального закона №152-ФЗ «О персональной информации» от 27 июля 2006 года (в том числе действия, осуществляемые с персональной информацией, с использованием автоматического оборудования для сбора, записи, систематизации, накопления, хранения, уточнения (обновления или изменения), выборки,

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

использования, передачи (распространения, обеспечения доступа), деперсонализации, блокирования и удаления информации). Мы также имеем право передавать персональную информацию группе компаний Allianz, в том числе администратору, находящемуся за границей. Регистрационный номер: 509216. Юридический адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Республика Ирландия. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.

Я подтверждаю, что, насколько мне известно, данное заявление на получение страхового возмещения не содержит никакой ложной, вводящей в заблуждение или неполной информации. Я понимаю, что в том случае, если данное заявление на страховое возмещение будет частично или полностью признано мошенническим, договор страхования будет аннулирован со дня обнаружения факта мошенничества с возможным привлечением меня к ответственности.

Я согласен/согласна с отказом от любых, имеющих у меня, прав на врачебную тайну/конфиденциальность в отношении любых медицинских данных. В случае возникновения разногласий, я также разрешаю моему лечащему врачу, стоматологу, медицинскому специалисту или сотруднику соответствующего медицинского учреждения передавать любую соответствующую информацию о моих заболеваниях медицинским сотрудникам компании Allianz или экспертной третьей стороне.

Подпись пациента Дата / /

8 ДОВЕРЕННОСТЬ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЕ

Как лицо, заявляющее на страховое возмещение, я разрешаю УКАЖИТЕ ИМЯ ДОВЕРЕННОГО ЛИЦА

действовать от моего имени по администрации данного заявления, что может повлечь раскрытие конфиденциальной медицинской информации

Подпись пациента Дата / /

Имя пациента (печатными буквами)

Это Ваша ответственность, сохранять оригиналы всех сопроводительных документов (в частности, квитанции об оплате медицинских услуг), копии которых Вы предоставляете нашей компании, поскольку мы оставляем за собой право затребовать эти оригиналы в течение 36 месяцев после осуществления страховых выплат для выявления мошеннических действий в отношении компании. Мы также оставляем за собой право запросить доказательства уплаты Вами Ваших медицинских счетов (например, выписку из банка или выписку по счету с кредитной карты). Кроме того, мы рекомендуем Вам сохранять копии своей переписки с компанией, поскольку мы не несем ответственности за корреспонденцию, не полученную компанией по какой-либо не зависящей от нее причине.

Заполненное заявление на получение страхового возмещения с приложенными оригиналами счетов / квитанций необходимо отправлять по адресу:

По электронному адресу: claimsRU@allianz.com

По факсу: + 353 1 653 4033

Почтой по адресу: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland.

При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу по телефону

+ 353 1 630 5951

client.servicesRU@allianz.com

Обновленный список бесплатных телефонных номеров представлен на нашем веб-сайте: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Знаете ли Вы...

... Что по мнению наших клиентов, их проблемы решаются быстрее, когда они нам звонят!