

# Richiesta di rimborso per medici e ospedali

Ulteriori copie di questo modulo sono disponibili in formato PDF o Word editabile nel nostro sito web:  
[www.allianzworldwidecare.com/medical-provider-claimform](http://www.allianzworldwidecare.com/medical-provider-claimform). Se sceglie di compilare questo modulo a mano,  
per favore scriva in **STAMPATELLO**.

## 1 Dati del paziente

Numero di polizza \_\_\_\_\_  
Nome \_\_\_\_\_  
Cognome \_\_\_\_\_  
Data di nascita (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_  
Indirizzo per la corrispondenza \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_   
Telefono (includere il prefisso internazionale) \_\_\_\_\_  
E-mail \_\_\_\_\_

## 2 Informazioni cliniche

Tipo di patologia: Acuta  Cronica  Episodio acuto di malattia cronica

Per favore, fornisca i dati completi sui sintomi e sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento; indichi inoltre i codici ICD9/10 e DSM-IV.

ICD9/10 code \_\_\_\_\_ DSM-IV \_\_\_\_\_

In che data il paziente si è rivolto a lei per la prima volta manifestando questi sintomi? (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

In che data questi sintomi sono stati evidenti per il paziente per la prima volta? (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia? Sì  No  Se ha risposto affermativamente, indichi la data: (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

È a conoscenza di eventuali trattamenti che siano stati somministrati al paziente in passato con 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

Indichi il numero di garanzia di pagamento diretto (se applicabile) relativa al trattamento a cui questa richiesta si riferisce: \_\_\_\_\_

### Da completare solo in caso di gravidanza:

Data prevista del parto (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Si tratta di una gravidanza semplice (un solo bambino)? Sì  No

Se ha risposto negativamente perché la paziente attende più di un bambino, la gravidanza è il risultato di un trattamento di riproduzione assistita che non sia l'inseminazione artificiale? Sì  No

Se ha risposto affermativamente, fornisca maggiori dettagli \_\_\_\_\_

### Da completare solo in caso di fisioterapia e/o psicoterapia. Per favore, fornisca informazioni sull'impegnativa per la cura specialistica:

Nome del medico che ha firmato l'impegnativa \_\_\_\_\_

Telefono (includere il prefisso internazionale) \_\_\_\_\_

Data dell'impegnativa (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale.

Firma del medico \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

Timbro ufficiale del medico

### 3 Protezione dei dati e rilascio di informazioni cliniche *(questa sezione deve essere firmata dal paziente assicurato)*

Con l'espressione "informazioni personali" ci si riferisce ai dati riservati inviati alla compagnia assicurativa per mezzo del presente modulo, dei moduli di sottoscrizione o di richiesta di rimborso, di altri documenti della polizza, e a qualsiasi altra informazione richiesta dalla compagnia all'assicurato con riferimento ai prodotti o ai servizi di Allianz Worldwide Care. Allianz Worldwide Care, parte di Allianz Group, agisce da garante nel trattamento delle informazioni personali.

**Uso:** le informazioni personali vengono utilizzate dalla compagnia per l'amministrazione della polizza (ad esempio, per la valutazione del rischio assicurativo, evasione delle richieste di rimborso e accertamento frode). Allianz Worldwide Care potrebbe gestire le informazioni personali attraverso terzi: i terzi, che potrebbero non avere sede all'interno della Comunità Economica Europea, sono legati ad Allianz Worldwide Care da contratti di fornitura di servizi in conformità alla Direttiva sulla protezione dei dati personali.

**Dati sensibili:** la compagnia può richiedere all'assicurato di fornire informazioni personali (ad esempio: dati clinici relativi alla sua salute) per valutare i limiti della copertura da offrire o per amministrare le richieste di rimborso.

**Divulgazione:** la compagnia assicurativa potrebbe in alcuni casi condividere le informazioni personali dell'assicurato con i propri broker, con altre aziende di Allianz Group, con altre compagnie assicurative e con i loro intermediari, con fornitori di servizi medici, ed infine con eventuali intermediari che agiscono in rappresentanza dell'assicurato. La compagnia assicurativa potrebbe inoltre condividere tali dati sensibili con enti statali o con autorità di regolazione delle quali la compagnia assicurativa è membro o alle cui norme è soggetta. Infine, in alcuni casi speciali, la compagnia assicurativa potrebbe ricorrere ad un investigatore privato per indagare sulle circostanze di una richiesta di rimborso inoltrata.

**Conservazione:** la compagnia è obbligata per legge a conservare le informazioni personali per sei anni dopo il termine dell'assicurazione. La compagnia non li conserverà per un periodo superiore al necessario e per scopi estranei alla realizzazione dei propositi per cui sono stati ottenuti.

**Rappresentanza e consenso:** firmando il presente modulo, l'assicurato garantisce ed afferma di avere autorità di agire a nome dei familiari a proprio carico per fornire le loro informazioni personali alla compagnia; di avere autorità nel divulgare dette informazioni per gli usi descritti sopra; di acconsentire all'elaborazione, divulgazione, uso e conservazione delle proprie informazioni personali e di quelle dei propri familiari a carico.

**Accesso:** il richiedente ha diritto di richiedere e ricevere copia delle proprie informazioni personali in possesso della compagnia, scrivendo al garante della protezione dei dati presso l'indirizzo indicato al termine del presente modulo o presso il seguente indirizzo e-mail: [client.services@allianzworldwidedecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedecare.com).

**Registrazione delle chiamate telefoniche:** le chiamate all'Helpline vengono registrate e potrebbero venire monitorate ai fini di formazione del personale e di controllo qualità.

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 in toto 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 suo diritto di segretezza e riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica e autorizza i suoi medici, specialisti, dentisti, professionisti della salute, dipendenti degli ospedali e dei centri medici a rilasciare informazioni sulla sua patologia ai consulenti medici di Allianz Worldwide Care e a eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute.

Se il paziente è minore d'età, un genitore o il tutore deve firmare questa sezione.

Firma del paziente \_\_\_\_\_

Data (gg/mm/aa) \_\_\_\_\_

#### Importante – controllare che:

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;   | <input type="checkbox"/> le sezioni 2 e 3 siano state firmate e datate;                     |
| <input type="checkbox"/> il modulo sia stato completato in ogni sua parte e il numero di garanzia di pagamento diretto (se applicabile) sia stato indicato; | <input type="checkbox"/> la diagnosi confermata sia stata indicata sul modulo o in fattura. |

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

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

*Si raccomanda di conservare copia di tutta la corrispondenza intercorsa con Allianz Worldwide Care. La compagnia 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: + 353 1 630 1305, oppure [client.services@allianzworldwidedecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedecare.com). La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web: [www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers).