

# FORMULARZ ZGŁASZANIA roszczeń

Należy wypełnić **DRUKOWANYM LITERAMI**. Dla Państwa wygody niniejszy formularz (w wersji edytowalnego pliku PDF) jest dostępny na naszej stronie: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

Aplikacja  
MyHealth  
Szybkie i łatwe  
zgłaszanie  
roszczeń.



[www.allianzworldwidecare.com/myhealth](http://www.allianzworldwidecare.com/myhealth)

## 1 DANE POSIADACZA POLISY

Numer polisy

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  /  /

Adres korespondencyjny

Numer telefonu  NUMER KIERUNKOWY KRAJU  NUMER KIERUNKOWY MIEJSCOWOŚCI

E-mail

Czy posiada Pan/Pani jakiegokolwiek ubezpieczenie krajowe/państwowe w swoim rodzinnym kraju lub kraju zamieszkania, np. w ramach państwowego systemu ubezpieczeń zdrowotnych? Tak  Nie

Jeśli tak, prosimy o podanie opisu ubezpieczenia razem z numerem referencyjnym/identyfikatorem w kraju.

## 2 DANE PACJENTA (JEŚLI INNE NIŻ DANE POSIADACZA POLISY)

Imię

Nazwisko

Data urodzenia  /  /  Płeć: Mężczyzna  Kobieta

## 3 SZCZEGÓŁY PŁATNOŚCI

**Opcja 1:** Płatność na rzecz świadczeniodawcy usług medycznych\* (np. szpital, specjalista)  (W przypadku tej opcji nie są wymagane dane bankowe podane poniżej)

**Opcja 2:** Płatność na rzecz posiadacza polisy

Preferowana metoda płatności: Przelew bankowy\*\*  Czek\*\*\*

Prosimy o podanie waluty, w której chciabły Pan/Pani otrzymać zwrot pieniędzy (oraz upewnienie się, że Państwa konto bankowe obsługuje daną walutę)

Imię i nazwisko posiadacza konta bankowego widniejące na wyciągu bankowym

Numer konta

IBAN (jeśli wymagany)\*\*\*\*

Kod banku/oddziału  Kod BIC/Swift\*\*\*\*

Nazwa banku

Adres banku

Jeśli posiada Pan/Pani jakiegokolwiek dodatkowe informacje, które są wymagane w celu dokonania międzynarodowej transakcji w Państwa kraju (np. Kod Agencji, numer identyfikacji podatkowej), prosimy o ich podanie poniżej:

Kod Swift banku pośredniczącego (w stosownych przypadkach)

\* Jeśli nie dokonał/a Pan/Pani jeszcze opłaty na rzecz świadczeniodawcy medycznego.

\*\* W przypadku przelewu bankowego prosimy o podanie danych bankowych.

\*\*\* Czeki płatne na rzecz posiadacza polisy zostaną wysłane na adres korespondencyjny podany w sekcji 1.

\*\*\*\* Jeśli Państwa bank znajduje się na obszarze UE lub jeśli w danym kraju wymagany jest numer IBAN (np. Katar, Arabia Saudyjska, Angola, Tunezja, Turcja), prosimy o podanie zarówno numeru IBAN, jak i kodu BIC/Swift w celu przyspieszenia płatności roszczenia.



## 5 DANE ŚWIADCZENIODAWCY MEDYCZNEGO

Imię i nazwisko lekarza/specjalisty

Kwalifikacje/uprawnienia

Nazwa szpitala/kliniki

Adres

Numer telefonu NUMER KIERUNKOWY KRAJU  NUMER KIERUNKOWY MIEJSCOWOŚCI

Faks NUMER KIERUNKOWY KRAJU  NUMER KIERUNKOWY MIEJSCOWOŚCI

E-mail

Dotyczy jedynie roszczeń z zakresu **fizjoterapii/psychoterapii**. Prosimy o podanie pełnych danych ze skierowania:

Imię i nazwisko lekarza kierującego

Numer telefonu NUMER KIERUNKOWY KRAJU  NUMER KIERUNKOWY MIEJSCOWOŚCI

Data skierowania   /   /

## 6 INFORMACJE O STANIE ZDROWIA

Podaj rodzaj schorzenia: Ostre  Przewlekłe  Ostry epizod schorzenia przewlekłego

Prosimy o podanie pełnych danych dotyczących objawów/schorzenia medycznego wymagającego leczenia, w tym również kod ICD9/10 /DSM-IV

Proszę podać datę, kiedy pacjent po raz pierwszy zgłosił się do Pana/Pani z tymi objawami?

/   /

Data wystąpienia pierwszych objawów u pacjenta.

/   /

Czy pacjent cierpiął już wcześniej na to samo schorzenie? Tak  Nie

Jeśli Tak, to kiedy?

/   /

Czy posiada Pan/Pani informacje o udzielonym leczeniu lub powiązanych chorobach, które wystąpiły w przeszłości?

Tak  Nie

Jeśli Tak, prosimy o podanie szczegółów

Czy prawdopodobne jest ponowne wystąpienie schorzenia?

Tak  Nie

Czy pacjent wymaga rehabilitacji?

Tak  Nie

Czy stan jest przewlekły?

Tak  Nie

Czy wymagane jest długoterminowe monitorowanie, konsultacje, kontrole, badania lub testy?

Tak  Nie

Dotyczy jedynie przypadków ciąży:

Przewidywana data porodu

/   /

Czy oczekiwane są narodziny jednego dziecka?

Tak  Nie

W przypadku odpowiedzi negatywnej na powyższe pytanie i jeżeli spodziewane są bliźniaki/ciąża mnoga, czy ciąża jest wynikiem rozrodu wspomaganego

medycznie innego niż sztuczne zapłodnienie?

Tak  Nie

Jeśli Tak, prosimy o podanie dalszych szczegółów

Dotyczy jedynie roszczeń z zakresu opieki dentystycznej:

Czy w trakcie wizyty pacjent cierpiął na ból związany z leczeniem stomatologicznym?

Tak  Nie

Dokument jest nieważny bez podpisu i pieczęci uwierzytelniającej.

Oficjalna pieczęć świadczeniodawcy  
medycznego

Podpis lekarza

Data   /   /

## 7 DBAMY O OCHRONĘ DANYCH OSOBOWYCH

Nasza Informacja o ochronie danych wyjaśnia, w jaki sposób chronimy Pana/Pani prywatność. Jest to ważna informacja, która określa, w jaki sposób będziemy przetwarzać Pana/Pani dane osobowe i należy się z nią zapoznać przed przekazaniem nam danych osobowych. Aby przeczytać naszą Informację o ochronie danych, należy odwiedzić stronę: [www.allianzworldwidedecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidedecare.com/en/privacy)

Można się z nami skontaktować również pod numerem + 353 1 630 1301 i poprosić o papierową kopię naszej pełnej Informacji o ochronie danych. W razie jakichkolwiek pytań dotyczących sposobu, w jaki wykorzystujemy dane osobowe, można się z nami skontaktować w dowolnym momencie pisząc na adres e-mail: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com)

## 8 OŚWIADCZENIE

Zaświadczam, że zgodnie z moją najlepszą wiedzą, niniejszy Formularz zgłaszania roszczeń nie zawiera fałszywych, wprowadzających w błąd ani niepełnych informacji. Rozumiem, że jeśli niniejsze roszczenie w całości lub częściowo okaże się próbą oszustwa, to umowa zostanie anulowana wraz z dniem odkrycia przypadku oszustwa i będę pociągnięty do odpowiedzialności karnej.

Zrzekam się praw w zakresie tajemnicy/poufności danych medycznych w stosunku do dotyczących mnie informacji medycznych oraz upoważniam swojego świadczeniodawcę usług medycznych, pracownika służby zdrowia oraz odpowiednie placówki opieki medycznej do udostępniania odpowiednich informacji medycznych dotyczących mojej osoby na wniosek firmy Allianz Partners, jej doradców medycznych, wyznaczonych przedstawicieli i wszelkich niezależnych ekspertów w przypadku sporów, z zastrzeżeniem obowiązujących ograniczeń prawnych.

**W przypadku leczenia osoby nieletniej, niniejszą sekcję powinien podpisać i opatrzyć datą rodzic lub opiekun prawny.**

Podpis pacjenta \_\_\_\_\_

Data   /   /

## 9 UPOWAŻNIENIE OSÓB TRZECICH

Jako wnioskodawca roszczenia niniejszym upoważniam \_\_\_\_\_

WSTAWIĆ IMIĘ I NAZWISKO OSOBY TRZECIEJ

do działania w moim imieniu oraz w imieniu wyszczególnionych w niniejszym formularzu (jeśli dotyczy) osób pozostających na moim utrzymaniu, w celach związanych z postępowaniem dotyczącym niniejszego roszczenia, co może wymagać ujawniania wrażliwych danych medycznych.

Podpis wnioskodawcy \_\_\_\_\_

Data   /   /

Imię i nazwisko wnioskodawcy drukowanymi literami

*Państwa obowiązkiem jest przechowywanie oryginalnej dokumentacji pomocniczej (np. pokwitowań medycznych), w przypadku przedstawienia nam kopii, ponieważ zastrzegamy sobie prawo do wglądu do oryginalnej dokumentacji pomocniczej/pokwitowań do 12 miesięcy od daty rozpatrzenia roszczenia dla celów audytowych. Zastrzegamy sobie również prawo do żądania dowodu płatności dokonanej przez Pana/Panią (np. wyciąg z banku lub karty kredytowej) w przypadku Państwa pokwitowań medycznych. Zalecamy przechowywanie kopii całej korespondencji prowadzonej z naszą firmą, ponieważ nie ponosimy odpowiedzialności za korespondencję, która nie dotrze do nas z jakiegokolwiek powodu będącego poza naszą kontrolą.*

## PROSIMY O PRZESŁANIE CAŁKOWICIE WYPEŁNIONEGO FORMULARZA(-Y) ROSZCZENIA WRAZ Z WSZELKIMI POMOCNICZYMI FAKTURAMI/POKWITOWANIAMI (NIE AKCEPTUJEMY POTWIERDZEŃ ZAPŁATY KARTĄ KREDYTOWĄ) NA ADRES:

E-mail: [claims@allianzworldwidedecare.com](mailto:claims@allianzworldwidedecare.com),

Numer faksu: + 353 1 645 4033,

Adres pocztowy: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland (Irlandia)

### WAŻNE - NALEŻY SPRAWDZIĆ, CZY:

- Załączono wszystkie pokwitowania, faktury oraz recepty
- Formularz zgłaszania roszczeń został całkowicie wypełniony
- Deklaracje zostały podpisane i opatrzone datą
- Diagnoza została potwierdzona i podana w Formularzu zgłaszania roszczeń lub na fakturach
- Jeśli zmianie uległy Pana/Pani dane kontaktowe, prosimy o poinformowanie nas o tym w Formularzu zgłaszania roszczeń

W przypadku jakichkolwiek pytań prosimy o kontakt z infolinią:

 + 353 1 630 1301

 [client.services@allianzworldwidedecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidedecare.com)

Aktualna lista naszych darmowych numerów telefonu dostępna jest na stronie: [www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzworldwidedecare.com/toll-free-numbers)

*Czy wiesz, że większość naszych członków uważa, że szybciej zajmujemy się ich zapytaniami, kiedy do nas dzwonią?*