

GRUPAS PIEPRASĪJUMA VEIDLAPA

Lūdzu, aizpildiet šo veidlapu DRUKĀTIEM BURTĪEM. Jūsu ērtībām, šīs formas (redīgējamā PDF versija) ir pieejama mūsu mājas lapā: www.allianzworldwidecare.com/members

MyHealth
aplikācija ātrākai
un vieglākai
prasību
iesniegšanai



www.allianzworldwidecare.com/myhealth

1 INFORMĀCIJA PAR POLISES TURĒTĀJU

Polises Numurs		Dzimšanas datums	D	D	/	M	M	/	G	G	G	G
Vārds												
Uzvārds												
Faktiskā dzīvesvietas adrese												
Tālrunis	VALSTS KODS					REGIONĀLAIS KODS						
E-pasts												

Vai jums ir valsts nodrošināta veselības apdrošināšana, kas darbojas jūsu izcelsmes valstī vai dzīvesvietas valstī, piemēram, valsts veselības apdrošināšana? Jā Nē

Ja atbildējat ar Jā, lūdzu, aprakstiet, kāds ir apdrošināšanas segums, un uzrādiet arī savu atsaucis/identifikācijas numuru savā valstī.

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

2 INFORMĀCIJA PAR PACIENTU (JA TAS NAV POLISES TURĒTĀJS)

Vārds												
Uzvārds												
Dzimšanas datums	D	D	/	M	M	/	G	G	G	G		
Dzimums:										Vīrietis <input type="checkbox"/>	Sieviete <input type="checkbox"/>	

3 INFORMĀCIJA PAR MAKSĀJUMU

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

2. iespēja: Maksājums polises turētājam Vēlamā maksāšanas metode: Bankas pārskaitījums** Bankas čeks***

Lūdzu, **norādiet valūtu**, kurā vēlaties saņemt pārskaitījumu (pārliecinieties, vai Jūsu bankas konts atbalsta izvēlēto valūtu)

Bankas konta turētāja/maksājuma saņēmēja vārds, kāds 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 papildus informācija, kas nepieciešama, lai apstrādātu starptautiskos darījumus Jūsu valstī (piem., aģentūras kods, nodokļu maksātāja numurs),

lūdzu norādiet zemāk:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Starpniekbankas Swift kods (ja nepieciešams)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

* Ja Jūs vēl neesat samaksājis pakalpojuma sniedzējam. ** Lai izmantotu bankas pārskaitījumu, lūdzam norādīt 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 pieprasa norādīt IBAN (piem., Katara, Saūda Arābija, Angola, Tunisija, Turcija), lūdzu norādiet abus IBAN un BIC/Swift kodu, lai nodrošinātu ātrāku atlīdzības izmaksu.

4 INFORMĀCIJA PAR PRASĪBU

Lūdzu, aizpildiet visas tabulas sadaļas, norādot sīkāku informāciju par katru rēķinu/čeku ko iesniedzat. Ņemiet vērā, ka pieprasot atlīdzību par ārstēšanās izmaksām Ķīnā, papildus ir jāpievieno Fa Piao kvīts. Ja Jūsu rēķinā nav norādīta diagnoze/ veselības stāvoklis, lūdzu pārliecinieties, ka iztrūkstošā informācija tiek nodrošināta dotajā tabulā. Ja tabulā nav pietiekami daudz vietas, lūdzu, sniedziet sīkāku aprakstu uz atsevišķas lapas.

Izdevumu/ārstēšanas apraksts	Diagnoze/veselības stāvoklis	Pakalpojuma sniedzēja nosaukums	Iekasēta summa	Valūta	Vai šo rēķinu maksājat 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"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>
					Jā <input type="checkbox"/> Nē <input type="checkbox"/>

Kopējā izdevumu summa

(Lūdzu, ņemiet vērā, ka norādītā kopējā summa ir precīza tikai tad, ja visi rēķini ir izrakstīti vienā valūtā. Ja izmaksas tiek pieprasītas dažādās valūtās, lūdzu, neņemiet vērā norādīto kopējo summu.)

Kurā valstī tika saņemta medicīniskā aprūpe?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Aizpildāms tikai grūtniecības gadījumos: norādiet paredzamo dzemdību datumu

D	D	/	M	M	/	G	G	G	G
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Ja šīs atlīdzības pieprasījums ir radies nelaimes gadījuma vai darba traumas rezultātā, un Jums papildus ir cita apdrošināšanas polise (piem., auto apdrošināšanas, u.c.), vai arī Jūs esat iesniedzis prasību tiesā pret negodījumā iesaistīto trešo pusi, lai atgūtu izmaksas par Jums nodarītajiem zaudējumiem, lūdzu sniedziet papildus informāciju.

5 MEDICĪNISKĀ PAKALPOJUMA SNIEDZĒJS

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

Attiecās tikai uz fizioterapijas/ psihoterapijas gadījumiem. Lūdzu, norādiet visu informāciju par nosūtījumu:

Ārsta – nosūtītāja vārds																												
Tālruņa numurs	VALSTS KODS					REĢIONĀLAIS KODS																						
Nosūtījuma datums	D	D	M	G	G	G	G																					

6 MEDICĪNISKĀ INFORMĀCIJA

Norādiet slimības veidu: Akūts Hronisks Hroniska stāvokļa akūta epizode

Lūdzu, sniedziet pilnu informāciju par slimības simptomiem/medicīnisko stāvokli, kam nepieciešama ārstēšana, ieskaitot ICD9/10 kodu /DSM-IV

Kurā datumā pacients **Jūs pirmo reizi informēja** par slimības simptomiem?

D	D	M	G	G	G	G
---	---	---	---	---	---	---

Kurā datumā slimības simptomi **pacientam parādījās pirmo reizi**?

D	D	M	G	G	G	G
---	---	---	---	---	---	---

Vieta zīmogam

Lūdzu, parakstieties un aplieciniet autentiskumu ar oficiālu zīmogu.

Ārsta paraksts un zīmogs

Date	D	D	M	G	G	G	G
------	---	---	---	---	---	---	---

7 MUMS RŪP JŪSU PERSONAS DATU AIZSARDZĪBA

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

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:

AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com.

DEKLARĀCIJA

Es apliecinu, ka pēc manā rīcībā esošās informācijas šajā pieprasījuma veidlapā nav nepatiesas, maldinošas vai nepilnīgas informācijas. Apzinot, ka gadījumā, ja tiks konstatēts, ka šis pieprasījums pilnībā vai daļēji ir nepatiesa, līgums tiks anulēts ar nepatieso faktu atklāšanas datumu, 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 praktizējošo ārstu, veselības aprūpes speciālistu vai atbilstošu medicīnas iestādi izsniegt attiecīgo medicīnisko informāciju par mani, ja to pieprasa Allianz Partners, tās medicīniskie konsultanti vai nozīmētie pārstāvji kā arī jebkurš cits trešās puses eksperts strīdu gadījumā, atceļot visus juridiskos ierobežojumus un atbrīvojot ārstniecības iestādi no klusēšanas pienākuma.

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

Pacienta paraksts																											Datums	D	D	M	G	G	G	G
-------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	---	---	---	---	---	---	---

8 TREŠĀS PUSES PILNVAROJUMS

Kā prasītājs es pilnvaroju IERAKSTĪT TREŠĀS PUSES NOSAUKUMU rīkoties manā un šajā veidlapā norādīto manā apgādībā esošo personu vārdā (atbilstošos gadījumos) saistībā ar šī pieprasījuma pārvaldību, kas var ietvert konfidencialas medicīniskas informācijas atklāšanu.

Prasītāja paraksts																											Datums	D	D	M	G	G	G	G
--------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--------	---	---	---	---	---	---	---

Prasītāja vārda atšifrējums																											
-----------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Jūs esat atbildīgs par tās oriģinālās apstiprinājuma dokumentācijas saglabāšanu (piemēram, medicīnas pakalpojumu kvītis), kuru kopijas ir iesniegtas mums, jo audita nolūkos mēs paturam tiesības pieprasīt oriģinālo apstiprinājuma dokumentāciju/kvītis līdz 12 mēnešiem pēc norēķinu pieprasījuma. Mēs arī paturam tiesības pieprasīt no jums maksājuma apliecinājumu (piemēram, bankas vai kredītkartes izrakstu) saistībā ar medicīnas pakalpojumu kvītīm. Ieteicams saglabāt visas mums sūtītās korespondences kopijas, jo mēs nevaram uzņemties atbildību par korespondenci, kura nav mūs sasniegusi jebkādu iemeslu dēļ, kas ir ārpus mūsu kontroles.

Pilnīgi aizpildītu(-as) prasības(-u) veidlapu(-as) ar pievienotiem rēķiniem lūdzam sūtīt uz šo adresi:

E-pasts: claims@allianzworldwidecare.com

Fakss: + 353 1 645 4033

Pa pastu sūtiet uz: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland

Ja Jums ir radušies jebkādi jautājumi, droši sazinieties ar mūsu palīdzības dienestu:

+ 353 1 630 1301 vai

@ client.services@allianzworldwidecare.com

Lai iegūtu jaunāko bezmaksas tālruņa numuru sarakstu, apmeklējiet mūsu mājas lapu: www.allianzworldwidecare.com/toll-free-numbers

Vai zinājāt, ka...

...vairums mūsu klientu ir konstatējuši – atbildes uz jautājumiem iespējams iegūt ātrāk, piezvanot mums?