

# ЗАЯВЛЕНИЕ НА ПОЛУЧЕНИЕ СТРАХОВОГО ВОЗМЕЩЕНИЯ ДЛЯ СОТРУДНИКОВ КОМПАНИЙ

Пожалуйста, заполните данный формуляр ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ. Для Вашего удобства бланк доступен (в формате ПДФ) на нашем веб-сайте: [www.allianzworldwidecare.com/members](http://www.allianzworldwidecare.com/members)

Наше приложение MyHealth позволяет подать Ваши заявления легко и быстро



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

## 1 ИНФОРМАЦИЯ О ЗАСТРАХОВАННОМ

|                 |            |               |   |   |   |            |   |   |   |   |   |   |
|-----------------|------------|---------------|---|---|---|------------|---|---|---|---|---|---|
| Номер полиса    |            | Дата рождения | д | д | / | м          | м | / | г | г | г | г |
| Имя             |            |               |   |   |   |            |   |   |   |   |   |   |
| Фамилия         |            |               |   |   |   |            |   |   |   |   |   |   |
| 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 ЗАСТРАХОВАННЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ИНОЕ ЛИЦО)

|               |      |                          |      |                          |   |   |   |   |   |   |  |  |
|---------------|------|--------------------------|------|--------------------------|---|---|---|---|---|---|--|--|
| Имя           |      |                          |      |                          |   |   |   |   |   |   |  |  |
| Фамилия       |      |                          |      |                          |   |   |   |   |   |   |  |  |
| Дата рождения | д    | д                        | /    | м                        | м | / | г | г | г | г |  |  |
| Пол:          | Муж. | <input type="checkbox"/> | Жен. | <input type="checkbox"/> |   |   |   |   |   |   |  |  |

## 3 ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОПЛАТЕ

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

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

Пожалуйста, укажите, в какой валюте Вы хотели бы получить возмещение расходов (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/Branch-код

Свифт / БИК\*\*\*\*

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 БИК/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 | Валюта | Были ли данный счет оплачен Вами?                        |
|---------------------------|----------------------------|-------------------------------------------|----------------|--------|----------------------------------------------------------|
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |
|                           |                            |                                           |                |        | Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> |

Общая сумма расходов

(Общая сумма расходов будет верной только в том случае, если все счета выставлены в одной валюте. Если же предоставленные Вами счета выставлены в разных валютах, суммируемое число будет неверным).

В какой стране проходило лечение?

Применимо только в случае беременности: Пожалуйста, укажите предполагаемую дату родов

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  Хроническое течение с периодическим обострением

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 МЫ ЗАБОТИМСЯ О ЗАЩИТЕ ВАШЕЙ ПЕРСОНАЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Наше Уведомление о защите персональной информации объясняет, как мы защищаем Ваши личные данные. Это важное сообщение, которое показывает, как мы будем использовать Вашу персональную информацию и Вы должны прочитать его прежде, чем сообщите нам личные сведения о себе.

Чтобы прочесть Уведомление о защите персональной информации посетите наш веб-сайт: [www.allianzworldwidecare.com/en/privacy](http://www.allianzworldwidecare.com/en/privacy)

Вы также можете позвонить нам по телефону: + 353 1 630 1301 и попросить распечатанную копию Уведомления о защите персональной информации. Если у Вас есть какие-то вопросы, Вы можете связаться с нами по электронной почте: [AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com](mailto:AWC.DataPrivacyOfficer@allianz.com)

### ДЕКЛАРАЦИЯ

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 имеющихся 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 Allianz Partners или экспертной третьей стороне.

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

Подпись пациента  Дата  /  /

## 8 ДОВЕРЕННОСТЬ ТРЕТЬЕЙ СТОРОНЕ

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

действовать от моего имени и от имени моих иждивенцев (если применимо) по администрированию данного заявления, что может повлечь раскрытие конфиденциальной медицинской информации.

Подпись заявляющего  Дата  /  /

Имя заявляющего (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 12 месяцев после осуществления страховых выплат в целях проведения аудита. Мы также оставляем за собой право потребовать подтверждение об оплате медицинских расходов, произведенных Вами (например, выписка с банковского счета или 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(ые) заявление(я) на страховое возмещение с приложенными оригиналами счетов необходимо отправить по адресу:

Адрес эл. почты: [claims@allianzworldwidecare.com](mailto:claims@allianzworldwidecare.com)  
 Факс: + 353 1 645 4033  
 Почтовый адрес: Claims Department, Allianz Partners, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ирландия

При возникновении вопросов, обращайтесь в нашу справочную службу по телефону

+ 353 1 630 1301

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

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

Настоящий документ "Group Claim Form" является переводом с английского языка на русский. Следует учитывать, что при наличии каких-либо расхождений между настоящим переводом и оригиналом, юридической силой обладает оригинал — подлинный документ на английском языке.

AWP Health & Life SA, действующая через свой Ирландский филиал регулируется Французским страховым кодексом. Компания зарегистрирована во Франции: No. 401 154 679 RCS Bobigny. Ирландский филиал зарегистрирован в реестре Ирландских компаний. Регистрационный номер: 907619, адрес: 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublin 12, Ireland. Allianz Partners является фирменным наименованием AWP Health & Life SA.

### К Вашему сведению...

... многие наши клиенты обнаружили, что их проблемы решаются быстрее, когда они нам звонят!