

RICHIESTA DI RIMBORSO

Per favore, completi il modulo in **STAMPATELLO**. Può scaricare ulteriori copie di questo modulo dal nostro sito web:
www.allianz-assistance.ch/individual-family-healthcare

1 DATI DEL TITOLARE DELLA POLIZZA

Numero di polizza

Data di nascita GG / MM / AAAA

Nome

Cognome

Paese di residenza

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

2 DATI DEL PAZIENTE (DA COMPILARE SOLO SE IL PAZIENTE NON È IL TITOLARE DELLA POLIZZA)

Nome

Cognome

Data di nascita GG / MM / AAAA Sesso: Maschio Femmina

Paese del trattamento (se al di fuori del Paese di residenza)

In quale Paese è stato effettuato il trattamento?

Durata del soggiorno all'estero

Motivo del soggiorno all'estero:

Vacanze

Viaggio di lavoro

Trattamento medico

3 DATI DI PAGAMENTO

La preghiamo di selezionare l'opzione 1 OPPURE di selezionare e completare l'opzione 2.

Opzione 1: pagamento al medico o alla struttura sanitaria*
Se seleziona questa casella, non deve completare il resto di questa sezione.

Opzione 2: pagamento al titolare della polizza

Metodo di rimborso: Bonifico**

Indichi la **valuta** in cui desidera il rimborso (per favore, si assicuri che il suo conto permetta le transazioni nella valuta indicata)

Nome del beneficiario del conto, così come appare negli estratti della banca

Numero del conto

IBAN (solo se necessario)***

CAB BIC/Swift***

Nome della banca

Indirizzo della banca

Se per effettuare transazioni internazionali nel suo Paese sono richiesti ulteriori dati (ad esempio, il codice dell'agenzia o il codice fiscale), per favore li indichi di seguito:

Codice Swift della banca corrispondente (laddove applicabile)

* Opzione da selezionare se non ha pagato il medico/ospedale per il trattamento ricevuto.

** Per il pagamento a mezzo bonifico, fornisca i dati del suo conto bancario.

*** Indichi il codice IBAN e il codice BIC/Swift se la sua banca si trova all'interno dell'Unione Europea o in un Paese (come ad esempio il Qatar, l'Arabia Saudita, l'Angola, la Tunisia o la Turchia) in cui questi codici sono necessari per effettuare un bonifico internazionale.

4 RICHIESTA DI RIMBORSO

Per favore, completi la tabella con i dati di ciascuna fattura e/o ricevuta relativa alla malattia in questione (se ha ricevuto il suo trattamento in Cina, deve allegare la fattura FaPiao). Se in fattura non sono indicate la diagnosi e la patologia del caso, deve fornire queste informazioni a seguire. Se ha bisogno di più spazio per includere tutte le informazioni necessarie, continui su un foglio a parte.

Descrizione della spesa medica/ trattamento medico	Diagnosi / patologia trattata	Nome del medico o struttura sanitaria	Importo fatturato	Valuta	Ha pagato questa fattura?
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
					Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Importo totale delle spese					
(si noti che il totale visualizzato qui è accurato solo quando tutte le fatture sono emesse nella stessa valuta. Se si stanno sostenendo costi in diverse valute, si prega di ignorare l'importo totale visualizzato)					

In quale Paese ha ricevuto il trattamento?

Richiesta di rimborso correlata ad un incidente o ad una lesione:

Questa richiesta di rimborso è correlata ad un incidente o ad una lesione? Si No

Se sì, per favore compili quanto segue:

Data dell'incidente G G / M M / A A A A

Dettagli sull'incidente/lesione

Possiede altre polizze assicurative (ad esempio, assicurazione di viaggio)? Si No

Se sì, per favore compili quanto segue:

Nome della compagnia assicurativa
 Numero della polizza

L'incidente/lesione è stato causato da una parte terza? Si No

Se sì, per favore compili quanto segue:

Nome e cognome della parte terza
 Nome della compagnia assicurativa della parte terza
 Numero della polizza assicurativa della parte terza

Ove possibile, ci inoltri una copia del verbale della polizza (se disponibile) all'indirizzo: claims.recoveries@allianzworldwidecare.com

5 DATI DEL MEDICO

Nome del medico o specialista

Qualifiche e credenziali

Nome dell'ospedale o clinica

Indirizzo

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Fax PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

E-mail

Se la richiesta si riferisce a fisioterapia o psicoterapia, per favore fornisca informazioni sull'impegnativa per la cura specialistica:

Nome del medico che ha firmato l'impegnativa

Telefono PREFISSO INTERNAZIONALE PREFISSO DELLA CITTÀ

Data dell'impegnativa / /

6 INFORMAZIONI CLINICHE

Tipo di patologia: Acuta Cronica Episodio acuto di malattia cronica

Per favore, fornisca i dati completi sui sintomi o sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento:

Codici ICD9/10 e DSM-IV

Dati completi sui sintomi o sulle condizioni cliniche

In che data il paziente si è rivolto a Lei per la prima volta manifestando questi sintomi? / /

In che data questi sintomi sono stati evidenti al paziente per la prima volta? / /

Il paziente ha già sofferto in passato di questa patologia? Sì No

Se ha risposto affermativamente, indichi la data / /

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

Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:

Data prevista del parto / /

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


Se si tratta di una gravidanza multipla, 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 richieste di rimborso per cure dentistiche:

Il paziente soffre di dolore dentale quando si è sottoposto alla sua attenzione? Sì No

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale.

 Firma del medico

Data / /

Timbro ufficiale del medico

7 PROTEZIONE DEI DATI E RILASCIO DI INFORMAZIONI CLINICHE

L'utilizzo dei dati personali è essenziale per condurre le operazioni assicurative. Nell'utilizzare i dati personali ottemperiamo alla Legge federale svizzera sulla Protezione dei Dati (LPD). Immagazziniamo i dati, in formato elettronico o fisico, in conformità con tutte le disposizioni di legge applicabili e pertinenti.

Con l'espressione "informazioni personali" ci si riferisce ai dati riservati inviati dall'assicurato per mezzo del presente modulo, delle richieste di rimborso o di garanzia di pagamento e a qualsiasi altra informazione o documentazione richiesta dalla compagnia agli assicurati e relativa ai prodotti o ai servizi della compagnia assicurativa.

Uso: la compagnia ottiene e usa i dati personali dei propri clienti allo scopo di calcolare preventivi, valutare l'opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, rimborsare le spese mediche reclamate e per qualsiasi altro proposito direttamente relazionato con l'amministrazione delle polizze, in conformità con l'assicurazione in essere. La compagnia assicurativa potrebbe gestire le informazioni personali attraverso terzi: i terzi, che potrebbero non avere sede all'interno della Comunità Economica Europea (CEE), sono legati da contratti di fornitura dei servizi in conformità alla Direttiva sulla protezione dei dati personali. Utilizziamo i dati personali anche allo scopo di migliorare i prodotti, così come per finalità interne di marketing. Al fine di poter offrire una copertura assicurativa completa ed economica i nostri servizi possono venire in parte offerti da aziende terze, giuridicamente indipendenti, sia a livello nazionale che internazionale.

Dati sensibili: la compagnia può richiedere agli assicurati di fornire informazioni personali (ad esempio, i dati clinici relativi alla loro salute) per valutare i limiti della copertura da offrire o per evadere 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 le compagnie riassicuratrici, con altre compagnie assicurative, con le precedenti compagnie assicurative sia a livello nazionale che internazionale, con i 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 dall'assicurato.

Conservazione: la compagnia assicurativa 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 questo modulo, l'assicurato garantisce ed afferma di avere l'autorità di agire a nome dei familiari a proprio carico per fornire le loro informazioni personali alla compagnia; di avere l'autorità di 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: l'assicurato, in conformità con la Legge federale svizzera sulla Protezione dei Dati (LPD), ha diritto di richiedere e ricevere copia delle proprie informazioni personali in possesso della compagnia, così come di richiedere la rettifica delle informazioni incorrette. Se si desidera esercitare tale diritto, è necessario scrivere al garante della protezione dei dati presso l'indirizzo indicato al termine del presente modulo o, in alternativa, è possibile scrivere al seguente indirizzo e-mail: client.services@allianzworldwidecare.com

Registrazione delle chiamate telefoniche: le chiamate all'Helpline vengono registrate e potrebbero essere monitorate a fini di formazione del personale e di controllo qualità o a fini regolamentari.

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, cancelleremo il contratto 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 proprio diritto alla segretezza ed alla riservatezza in riferimento alle informazioni relative alla sua storia clinica ed autorizza i suoi medici, gli specialisti ed i rappresentanti delle strutture sanitarie a rilasciare informazioni sulla sua persona alla compagnia assicurativa, ai suoi consulenti medici, ai suoi rappresentanti designati e ad eventuali terzi che vengano chiamati in qualità di esperti a valutare la sua situazione medica in caso di dispute (condizione soggetta ad eventuali restrizioni legali che potrebbero applicarsi).

Se il paziente è un minore, un genitore o il tutore deve firmare e datare questa sezione.

 Firma del paziente _____
Data / /




8 AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI DATI SENSIBILI A TERZI

Il sottoscritto, in qualità di richiedente del rimborso delle spese mediche indicate nel presente modulo, autorizza
ad agire a proprio nome e a nome di ogni familiare a carico dichiarato in questo modulo (ove applicabile) in merito all'amministrazione della richiesta di rimborso; ciò potrebbe includere la divulgazione al terzo dei dati sensibili della storia clinica del richiedente.

 Firma del richiedente _____
Nome del richiedente in stampatello
Data / /

È sua responsabilità conservare gli originali di tutti i documenti (ad esempio, le fatture mediche) da Lei inoltrati con questa richiesta di rimborso: abbiamo il diritto di richiederli in qualsiasi momento fino a 12 mesi dopo il pagamento del rimborso, per ragioni di controllo. Ci riserviamo inoltre il diritto di richiederle un giustificativo del pagamento (ad esempio, un estratto conto bancario o della carta di credito) delle ricevute mediche. È sua responsabilità conservare copia di tutta la corrispondenza in generale intercorsa con noi: decliniamo ogni responsabilità per la corrispondenza che non venga ricevuta per ragioni estranee al nostro controllo.

Per favore, invii il presente modulo debitamente completato e le fatture/ricevute (non si accettano ricevute di carte di credito) tramite:

-  E-mail all'indirizzo: claims@allianzworldwidecare.com
-  Fax al numero: + 353 1 645 4033
-  Posta all'indirizzo: Ufficio rimborsi (Claims Department), Allianz Care, 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda

Importante – controllare che:

- tutte le ricevute, le fatture e le ricette mediche siano state allegate;
- il modulo di Richiesta di rimborso sia stato completato in ogni sua parte;
- le dichiarazioni ivi contenute siano state firmate e datate;
- la diagnosi sia stata confermata e specificata nel presente modulo o nelle fatture allegate;
- che i suoi recapiti siano corretti (se sono cambiati, la preghiamo di specificarlo nel presente modulo).

Lo sapeva che...

... la maggior parte dei nostri assicurati ritiene che i propri quesiti ottengano una risposta più rapida quando ci chiamano?



Per eventuali domande, non esiti a contattare l'Helpline al numero: + 353 1 630 1305, oppure all'indirizzo e-mail: client.services@allianzworldwidecare.com
La lista aggiornata dei numeri verdi della compagnia è disponibile sul sito web: www.allianzcare.com/it/pages/toll-free-numbers.html

Il presente documento è una traduzione in italiano dell'originale in lingua tedesca. Il testo in tedesco è l'unico originale e con valore legale. Se eventuali discrepanze dovessero emergere tra la versione in italiano e la versione in tedesco, quest'ultima sarà l'unica a dover essere considerata legalmente vincolante.

La compagnia assicurativa che sottoscrive la sua assicurazione LCA è AWP P&C SA, Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), la succursale svizzera di AWP P&C SA, Saint-Ouen, Francia, una società per azioni soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 519 490 080 RCS Parigi. La succursale svizzera è registrata a Zurigo con il numero: CHE-115.393.016, all'indirizzo: Hertistrasse 2, 8304 Wallisellen.

KPT Krankenkasse AG, Wankdorffallee 3, CH-3000 Berna 22, registrata presso l'UFSP con il numero: 376. KPT è l'amministratore dei servizi di polizza all'interno della Svizzera.

AWP Health & Life SA, che opera sul mercato attraverso la sua succursale irlandese, è una società a responsabilità limitata soggetta al codice di regolazione francese del settore assicurativo ("Code des Assurances"). Compagnia registrata in Francia con il numero: 401 154 679 RCS Bobigny. La succursale irlandese è registrata nel registro ufficiale delle aziende presenti in Irlanda con il numero 907619, all'indirizzo 15 Joyce Way, Park West Business Campus, Nangor Road, Dublino 12, Irlanda. AWP Health & Life SA è la compagnia riassicurativa delle polizze LCA e l'amministratore dei servizi di polizza e del supporto tecnico al di fuori della Svizzera. Allianz Care e Allianz Partners sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.