

# RICHIESTA DI RIMBORSO (PER POLIZZE DI GRUPPO)

Per favore, completi il modulo in **STAMPATELLO**. Può anche utilizzare i nostri Servizi Digital MyHealth per inoltrare la sua richiesta di rimborso online: [www.allianzcare.com/it/accesso.html](http://www.allianzcare.com/it/accesso.html)

**!** Non se lo dimentichi: deve inoltrare le sue richieste di rimborso entro la scadenza indicata nella sua Guida alle Prestazioni.

## 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 ha avuto luogo il trattamento?

Durata del soggiorno all'estero

Motivi per il soggiorno all'estero:  Vacanze  Viaggio di lavoro  Trattamento medico

## 3 DATI DI PAGAMENTO

Per favore, selezioni l'opzione 1 OPPURE selezioni e completi 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 pagamento: 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 conto bancari

Numero del conto

IBAN (solo se necessario)\*\*\*

CAB

BIC/Swift\*\*\*

Nome della banca

Indirizzo della banca

Codice ABA/ACH (solo per i conti bancari statunitensi)

Indirizzo del beneficiario del conto negli Stati Uniti d'America

Se per effettuare transazioni internazionali nel suo Paese sono richiesti ulteriori dati (ad esempio, il codice dell'agenzia o il codice fiscale), la preghiamo di fornirli a seguire:

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, alleggi la fattura FaPiao). Se in fattura non sono indicate la diagnosi e la patologia del caso, le indichi in tabella. 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 della fattura	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 prega di notare che il totale visualizzato qui è esatto solo quando tutte le fatture sono emesse nella stessa valuta. Se sta chiedendo il rimborso di costi in diverse valute, ignori l'importo totale visualizzato)		

**Da completare solo in caso di richieste di rimborso per gravidanza:** Indichi la data prevista del parto  /  /

### 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  /  /

Dettagli sull'incidente/lesione

Possiede altre polizze assicurative (ad esempio, assicurazione per viaggi)? Si  No

**Se sì, per favore compili quanto segue:**

Nome dell'assicuratore

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 dell'assicuratore 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](mailto: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 le seguenti 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 e sulle condizioni cliniche per le quali è stato necessario il trattamento:

Codici ICD9/10 e DSM-IV

Dati completi sui sintomi e 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?   /   /

Per favore, firmi e apponga il suo timbro ufficiale.

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

Data   /   /

Timbro 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 da Lei inviati per mezzo del presente modulo, delle richieste di rimborso o di garanzia di pagamento e a qualsiasi altra informazione o documentazione da noi richiestale e relativa ai prodotti o servizi che forniamo.

**Uso:** otteniamo ed usiamo i dati personali dei nostri clienti allo scopo di calcolare preventivi, valutare l'opportunità di concedere copertura assicurativa, riscuotere i premi, evadere le richieste di rimborso delle spese mediche e per qualsiasi altro proposito direttamente relazionati con l'amministrazione delle polizze, in conformità con l'assicurazione in essere. Potremmo gestire le informazioni personali attraverso terzi: i terzi, che potrebbero non avere sede all'interno della Comunità Economica Europea (CEE), sono soggetti a 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:** possiamo richiederle di fornire informazioni personali (ad esempio, i dati clinici relativi alla sua salute) per valutare i limiti della copertura da offrire o per evadere le richieste di rimborso.

**Divulgazione:** potremmo in alcuni casi condividere le sue informazioni personali con i nostri broker, con altre aziende del Gruppo Allianz, 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 sua rappresentanza. Potremmo inoltre condividere tali dati sensibili con enti statali o con autorità di regolazione delle quali questa compagnia assicurativa è membro o alle cui norme è soggetta. Infine, in alcuni casi speciali, potremmo ricorrere ad un investigatore privato per indagare sulle circostanze di una richiesta di rimborso da Lei inoltrata.

**Conservazione:** siamo obbligati per legge a conservare le informazioni personali per sei anni dopo il termine dell'assicurazione. Non li conserveremo 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, Lei garantisce ed afferma di avere l'autorità di agire a nome dei suoi familiari a carico per fornirci le loro informazioni personali; di avere l'autorità di divulgare dette informazioni per gli usi descritti sopra; di acconsentire al trattamento, alla divulgazione, all'uso e alla conservazione delle sue informazioni personali e di quelle dei suoi familiari a carico.

**Accesso:** Lei, in conformità con la Legge federale svizzera sulla Protezione dei Dati (LPD), ha diritto di richiedere e ricevere copia delle sue informazioni personali in nostro possesso, così come di richiedere la rettifica delle informazioni incorrette. Se desidera esercitare tale diritto, deve scrivere al garante della protezione dei dati presso l'indirizzo indicato al termine del presente modulo o, in alternativa, può scrivere al seguente indirizzo e-mail: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto: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 del tutto fraudolente o intenzionalmente esagerate, il contratto verrà 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 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 indicare la data in questa sezione.**

 Firma del paziente \_\_\_\_\_  
Data  /  /

## 8 AUTORIZZAZIONE ALLA DIVULGAZIONE DI DATI SENSIBILI A TERZI

Il sottoscritto richiedente il rimborso delle spese mediche indicate nel presente modulo autorizza \_\_\_\_\_ NOME DEL TERZO  
ad agire a suo 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) inoltrati in fotocopia per questa richiesta di rimborso: abbiamo il diritto di richiederle tali documenti 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 tramite:**

-  E-mail all'indirizzo : [claims@allianzworldwidecare.com](mailto: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

### 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: + 353 1 630 1305, oppure a scrivere a: [client.services@allianzworldwidecare.com](mailto:client.services@allianzworldwidecare.com)

La lista aggiornata dei nostri numeri verdi è disponibile sul sito web: [www.allianzcare.com/toll-free-numbers](http://www.allianzcare.com/toll-free-numbers)

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 S.A., Saint-Ouen (Parigi), succursale di Wallisellen (Svizzera), la succursale svizzera di AWP P&C S.A., 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: Richtplatz 1, 8304 Wallisellen.

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 ed del supporto tecnico al di fuori della Svizzera. Allianz Partners ed Allianz Care sono ragioni sociali registrate di AWP Health & Life SA.

